

SENECA JOURNAAL
IS EEN UITGAVE VAN
HET SENECA CONGRES

Seneca

Journaal



AUGUSTUS 2013
NUMMER 2
JAARGANG 12

**Anders
kijken.
Beter
doen**



Frank de Grave,
Voorzitter Seneca

HOE GAAN WIJ TOPPRESTATIES LEVEREN?

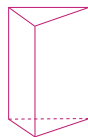
'Anders kijken; beter doen. Op weg naar een "stuurzaam" stelsel' is een inspirerend thema voor het komende Seneca Congres. Met dit thema kunnen we de vele koerswijzigingen die wij als sector samen met het kabinet-Rutte II invoeren, bespreken en uitdiepen. Gelukkig zijn talloze zorgaanbieders en zorginstellingen in de praktijk al aan de slag met de gewenste ombuigingen. De Nije Veste in Nijkerk bijvoorbeeld. Deze zorgaanbieder werkt, onder leiding van directeur Carl Verheijen - onze ex-topschaatser - al nauw samen met lokale overheden en zorgverzekeraars. Mooi om te lezen is hoe een topsporter, die altijd naar optimale verhoudingen heeft gezocht om tot topprestaties te kunnen komen, verwonderd is over de stroperigheid binnen de zorg als het gaat om zaken te verbeteren.

Feit is wel dat het anders organiseren van zorg veel complexer is dan het vormen van een goed op elkaar ingewerkt team om te komen tot een topprestatie in de sport. Wij willen de hoge kwaliteit van zorg nog verder verbeteren, de kosten naar beneden dringen, de ketensamenwerking optimaliseren en patiëntveiligheid optimaliseren. Om maar enkele zaken te noemen. Het kost tijd om dat weloverwogen te organiseren.

Verheijen spreekt eveneens over de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Ook dat past helemaal in de richting die we zijn ingeslagen: van 'ziek en zorg naar gedrag en gezondheid'. Goede kennisoverdracht en preventie moeten gaan leiden tot burgers die hun verantwoordelijkheid nemen op gezondheidsgebied. Als ze dat niet doen, wil Verheijen hen daar strenger op gaan aanspreken dan we nu doen.

Verheijen gooit hiermee twee belangrijke discussiepunten op tafel: hoe snel kunnen wij onszelf veranderen in zorgaanbieders die een antwoord hebben op de eisen en behoeftes van deze tijd, en hoe ver kunnen en willen wij gaan in het vragen van verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de burger? Laten we elkaar op het Seneca Congres hierover bevragen en vooral inspireren. Zodat we met enige vaart verder kunnen.

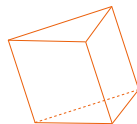
Frank de Grave
Voorzitter Seneca



3

Rien Meijerink

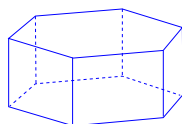
(voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) over het regeerakkoord, marktwerking en het solidariteitsbeginsel.



8

Kim Putters

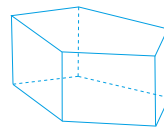
(directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau): "Polderen tot er praktische compromissen volgen."



14

Carl Verheijen

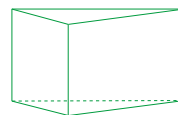
(directeur Gezondheidscentrum De Nije Veste): "Wij zijn eigenlijk verantwoordelijk voor de zorg voor alle inwoners van Nijkerk. Maar ik heb geen echte data over ze."



6

Casper van Ewijk

(onderdirecteur Centraal Planbureau): "Voor een stuurzaam stelsel moeten we vertrouwen schenken aan de zorgprofessionals."



11

Willy Spaan

(voorzitter van de Raad van Bestuur van het Jeroen Bosch Ziekenhuis): "Ik ben ervan overtuigd dat de aanpak van verspilling en kostenreductie alleen maar kwaliteit- en veiligheid-gedreven kan zijn."

16

Nieuws

'Grootste kostenpost in de zorg? Angst'. En andere nieuwtjes.

Colofon

Seneca Journaal wordt toegezonden aan deelnemers van het Seneca Congres en andere belangstellenden in de zorgsector. Seneca Congres wordt gefaciliteerd door PGGM, Coöperatie VGZ, Ernst & Young, PinkRocade Healthcare, Springer Media.

Concept & realisatie: Axioma Custom Media, Baarn
T 035 548 81 40 / www.axioma.nl
Projectcoördinatie: Peter Bierhaus
Teksten: Peter Bierhaus, Sjaak van Hal
Art director: Joost Junte
Fotografie: Ed van Rijswijk

‘Zorg moet worden afgerekend op de kwaliteit’

In drie pittige stellingen becommentarieert Rien Meijerink, voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het regeerakkoord, de marktwerking in de zorg en het solidariteitsbeginsel. Op het komende Seneca Congres hoopt hij interessante input te krijgen voor de scenariostudie voor de lange termijn, die het RVZ over enkele maanden publiceert.

1

De RVZ is tevreden met het regeerakkoord van dit kabinet

“Zo’n uitspraak zul je mij nooit kunnen ontlokken. Als onafhankelijk onderzoeksinstituut adviseert de RVZ regering en parlement op basis van uitvoerige analyses, maar altijd zonder persoonlijke of politieke stellingname. Wel kan ik zeggen dat ik diverse elementen van onze adviezen terug zie in het regeerakkoord. Centraal staat de verschuiving van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid. Het accent leggen op preventie en bevordering is een totaal andere benadering dan de focus op genezing en verzorging. De RVZ heeft al

diverse keren gewezen op het belang van herinrichten van de ouderenzorg, in combinatie met de ontbinding van AWBZ-taken. Ouderen langer thuis laten wonen, met zorg op maat, levert voordelen op zonder dat de kwaliteit in het geding komt. Dit vergt wel een andere houding, zowel van de zorgconsument als van de zorgaanbieder. Er is bij mij ook wel wat teleurstelling over het regeerakkoord. Ik had gehoopt dat er een duidelijker keuze zou zijn gemaakt voor resultaatbeloning in plaats van het betalen per medische verrichting. Hiervoor heeft de RVZ twee jaar geleden al het goed ontvangen rapport ‘Sturen op gezondheid’ uitgebracht. Tegelijkertijd begrijp ik heel goed dat zo’n ingrijpende verandering misschien nu nog een brug te ver is en een kabinetsperiode overstijgt. Toch ben ik ervan overtuigd dat we over tien jaar het resultaat zullen belonen en niet de medische prestatie.”

2

De marktwerking heeft gefaald

“Daar ben ik het niet mee eens. Er zijn wel ongewenste bijeffecten opgetreden. We moeten niet terug willen naar het oude systeem, waarbij artsen, ziekenhuizen en zorgstellingen met een vastgesteld budget werken. De wachtlijsten zijn verdwenen, maar dit is onvoldoende gepaard gegaan met efficiency. Er is een cultuur ontstaan van ‘we voeren deze medische verrichting uit omdat het kan’, zonder ons te bekommeren om de kosten. De zorg in Nederland is van hoog niveau, maar daar hangt wel een prijs aan. Het beheersen en terugdringen van zorgkosten, vergt een andere houding, zowel in de zorgvraag als in het zorgaanbod. Onze zorg is zeer toegankelijk en heel comfortabel, passend bij de ‘verwende samenleving’. Zorgconsumenten rekenen erop iedere behandeling te kunnen krijgen, zonder daar zelf veel voor te betalen. Dit heeft geleid tot een vorm van overvraag, zowel in de cure als in de care. Daar staat een overaanbod tegenover. Artsen, specialisten en zorgprofessionals bieden de zorgconsument wat zij nodig achten en wat beschikbaar is, aangespoord ►

Rien Meijerink

“Leefstijlsolidariteit kan
een probleem vormen om
de zorgsolidariteit in
stand te houden.”



door het huidige bekostigingsmodel. Door die combinatie van overvraag en overaanbod, is de marktwerking ontspoord, met een kostenexplosie tot gevolg. Er waren onvoldoende prikkels om het efficiënter te doen. In een normale marktwerking stijgt de prijs als gevolg van een toenemende vraag en daalt deze bij overaanbod. In de zorg hebben deze beide factoren elkaar juist versterkt. Dit komt ook doordat aanbieders van zorg ‘zorg-ondernemer’ zijn, die economisch gebaat zijn met meer verrichtingen. Daarom is het zo belangrijk dat de zorg wordt afgerekend op kwaliteit en resultaat. Zorgverzekeraars moeten hiervoor scherp onderhandelen met ziekenhuizen, zorginstellingen en de farmaceutische industrie. Ook moeten we keuzes durven maken welke zorg we wel en niet collectief willen betalen. In een echte marktwerking onderscheid je je met kwaliteit en heeft de consument iets te kiezen. Het stelsel van de marktwerking moet dus zeker niet overboord, het moet worden ingericht op resultaatbeloning. Dit vormt een van de speerpunten van de RVZ van dit moment.”

“In een echte marktwerking onderscheid je je met kwaliteit en heeft de consument iets te kiezen. Het stelsel van de marktwerking moet dus niet overboord, het moet worden ingericht op resultaatbeloning”

vormen om de zorgsolidariteit in stand te houden. Daarom pleit de RVZ voor het stimuleren van wederkerigheid. Help mensen zelf verbetering aan te brengen in hun levensstijl. Dit sluit naadloos aan bij het thema van het Seneca Congres van ‘anders kijken, beter doen: op weg naar een stuurzaam stelsel’. Het gaat om sturen op gezondheid, niet om het betalen voor ziekte. Er zijn al goede voorbeelden van in de praktijk, waarbij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en lagere overheden nauw samenwerken. Zo zijn er geslaagde pilots geweest in de wijk Overvecht in Utrecht, in Gorinchem, het Vechtdal bij Hardenberg in Overijssel en in Eindhoven. Ook dat is een signaal aan het ministerie: bekostiging van zorg is vaak populatie- en regiogebonden, dus moet je ook maatwerk bieden.” ●

3

Het solidariteitsbeginsel in ons zorgstelsel loopt gevaar

“Het voorkomen van tweedeling in de gezondheidszorg vormt de basis van de advisering door de RVZ. Daarom voeren wij solidariteitsanalyses uit. Hierbij hanteren we het begrip wederkerigheid. Mensen moeten zich realiseren dat in de zorg geldt: voor wat, hoort wat. Het besef moet ontstaan dat zorg niet gratis is. We moeten onszelf kritische vragen durven stellen: is het nodig en kan ik het niet zelf oplossen? De meeste bezuinigingsmaatregelen uit het regeerakkoord zie ik als ‘knippen aan de rand’. Veel ingrijpender is de herziening van de AWBZ, want juist daarin zijn de kosten de afgelopen jaren onverantwoord snel gestegen. Dat de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg via de Wmo bij gemeenten komt te liggen, is een passend antwoord op de analyses van de RVZ.

Een ander voorbeeld van wederkerigheid is preventie en mensen aanspreken op een ongezonde leefstijl. Juist bij dit soort beschouwingen moeten we alert zijn, want leefstijlsolidariteit kan een probleem

Tot slot: wat verwacht u van het komende Seneca Congres?

“Een boeiende dialoog over hoe we kunnen toegroeien naar een beter functioneren van het stelsel, met borging van efficiency en kwaliteit. Waar staan we en wat moeten we? Ik ben ervan overtuigd dat we het huidige stelsel behouden, maar in essentie zullen verbeteren. Centraal staat dat we de vanzelfsprekendheid van aanspraak op zorg moeten wegnemen en meer zelf moeten gaan betalen en organiseren. Taken uit het publieke domein weghalen, wil overigens niet zeggen dat je het stelsel om zeep helpt. Iedereen binnen de zorg vervult hierbij een functie. Huisartsen, wijkteams, ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzekeraars, patiëntenorganisaties en uiteraard de zorgconsument zelf. Over enkele maanden publiceert de RVZ een scenariostudie voor de lange termijn, in samenwerking met het CPB en de RIVM. Ook daarom is deelname aan het Seneca Congres interessant: alle partijen die een rol spelen binnen de zorg in Nederland, komen hier samen.”



Casper van Ewijk

“Nu de pijn nemen, voor een duurzaam en robuust stelsel voor de toekomst. Dat heeft wat mij betreft meer prioriteit dan lastenverzwaring.”

‘Stuurzame zorg is meetbare zorg’

Casper van Ewijk, onderdirecteur van het Centraal Planbureau (CPB), is niet ontevreden over hoe de sector sinds het vorige Seneca Congres de kostenstijging heeft afgeremd. Hoe moet ‘op weg naar een stuurzaam stelsel’ - het thema van het komende Seneca Congres - wat hem betreft worden ingevuld?

Hoe kijkt u terug op het vorige Seneca Congres en vooruit op het komende?

“Er is intussen veel gebeurd om de kostenstijging af te remmen. Mede dankzij goede samenwerking binnen de sector, is een convenant gesloten dat de ziekenhuiskosten in 2013 maximaal 1-1,5 procent mogen stijgen. Zorgverzekeraars hebben hun taak serieus opgepakt door meer te sturen op inkoop, terwijl binnen de cure een duidelijker taakverdeling ontstaat waardoor het stelsel beter zal gaan werken. Deze ombuigingen moeten we nog wel wat tijd gunnen. Wat doen ziekenhuizen bijvoorbeeld wanneer aan het eind van het jaar blijkt dat de grens van de afgesproken budgetten is bereikt? Belangrijk thema voor het komende Seneca Congres is dat ziekenhuizen worden afgerekend op hun prestaties in plaats van *fee for service*. Hiervoor zijn bindende kwaliteitsafspraken met de verzekeraars nodig.”

Wat is volgens u een stuurzaam zorgstelsel?

“Stuurbaar maken is meetbaar maken. Maar juist dat is zo lastig bij de bepaling van kwaliteit en *outcome* van de zorg, zowel in de cure als in de care. Zorgtrends van de afgelopen jaren zijn: stijgende kosten, enorme technische ontwikkelingen en steeds beter opgeleide zorgconsumenten die kritischer worden. Voordat zij een arts bezoeken, hebben ze eerst zelf al op internet gezocht. Er kan meer, dus willen ze ook meer. Als arts moet je dan met sterke argumenten komen om bepaalde medische verrichtingen juist niet te doen. Want stuurzaam betekent ook: een gezonde balans tussen kwaliteit en kosten. Daarin moeten we zorgprofessionals ons vertrouwen schenken. Hun beslissingen hoeven niet haaks te staan op kostenbewustzijn, want dat laatste is onder artsen in Nederland beslist aanwezig. Wel zou er in de opleidingen nog meer aandacht voor mogen komen en kunnen ziekenhuizen hun professionals beter over kosten informeren.”

Gaan bezuinigingen ten koste van de gewenste kwaliteit?

“Het CPB doet onderzoek hiernaar. Als je kwaliteit niet kunt waarnemen, moet je op de zorgprofessionals vertrouwen, want zij hebben het inzicht en beslissen autonoom. Het is aan de zorgverzekeraars om de kwaliteit in relatie tot de kosten te bewaken en die terug te koppelen naar artsen en ziekenhuizen. Dat is een leerproces en hoewel er al stappen zijn gezet, gaat die ontwikkeling nog langzaam. Bezuinigen op zorg ligt altijd gevoelig, zeker in tijden van crisis, maar het is onvermijdelijk. Voorwaarde is wel dat we het doen voor een structurele verbetering voor de lange termijn. Nu de pijn nemen, voor een duurzaam en robuust stelsel voor de toekomst. Dat heeft wat mij betreft meer prioriteit dan lastenverzwaring.”

“Overheveling van AWBZ-taken naar de Wmo biedt kansen voor efficiency”

Zullen gemeenten door de overheveling van AWBZ-taken naar de Wmo op andere posten bezuinigen?

“Grotere gemeenten zeggen wellicht: ‘Kom maar op met die zorgtaken!’ Het betekent echter wel een flinke taak erbij en een hoge kostenpost binnen het gemeentebudget. Dit kan voor kleinere gemeenten lastiger zijn. Ook hebben stedelijke en landelijke gebieden ieder hun eigen problematiek. Toch kan het goed uitpakken. Kijk naar Zweden: daar heffen gemeenten weliswaar zelf belastingen, maar door sociale netwerken en samenwerkingsverbanden in woon- en zorgorganisaties, zie je goede onderlinge afstemming ontstaan. En daarmee meer efficiency, die je landelijk niet snel voor elkaar zou krijgen. Daarom biedt de overheveling van AWBZ-taken naar de Wmo zeker kansen.” ●



‘Polderen tot er praktische compromissen volgen

Sinds juni is Kim Puffers directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Daarvoor was hij onder meer lid van de Eerste Kamer en hoogleraar Beleid en Sturing van de Zorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. In die laatste hoedanigheid sprak hij in mei een lezing uit in de Balie in Amsterdam, onder de titel ‘Het smalle pad van de verzorgingsstaat naar de verzorgingsstad’. Een vergezicht op de zorg met als kernpunt sturing vanuit lokale partijen.



Kim Putters

“Het is niet alleen maar bezuinigen. Het is bezuinigen PLUS. Liberaliseren en zaken dichterbij de burger brengen gebeurt al veel langer. Nu volgen de grote brokken en merkt iedereen het.”

tische

n'

Putters schetste in die lezing een toekomstscenario waarin zorg, welzijn, wonen en werk met elkaar verknoopt zijn op lokaal niveau. Ontschotting en burgerparticipatie zijn essentieel. De aard van zorginstellingen is daarbij passend, de burger is waar mogelijk zelfredzaam en actief in wijk en gemeente. ‘Recht op zorg’ is veranderd in passende zorg van professionele hulpverleners pas nadat de betrokkene alle mogelijkheden binnen het eigen sociale netwerk heeft aangesproken. Gemeenten komen in samenspraak met burgers en maatschappelijke instellingen tot verschillende keuzes op het gebied van zorg. Daardoor is er lokaal verschil en variatie in zorg.

Putters wil de financiële crisis niet zozeer benutten om de zorg te disciplineren maar vooral om aard en invulling van zorgvoorzieningen te veranderen. Er moet nog een en ander gebeuren voor het zo ver is: de omslag van medicaliseren van patiënten naar preventie bijvoorbeeld, verloopt moeizaam. Het huidige hulp-

aanbod staat daar vaak nog ver van af. Zorginstellingen moeten ‘ontregeld’ worden en zullen over de eigen belangen heen moeten kijken. De lokale partijen - burgers, maatschappelijke instellingen en gemeenten - zullen combinaties zoeken tussen professionele zorg, mantelzorg en preventie. Natuurlijk ontstaan ook in dit systeem dilemma’s. De oplossing: polderen tot er praktische compromissen volgen. Lokale belastingen en betalingen zorgen ervoor dat lokale instellingen niet meer aan de leiband van het Rijk lopen en daadwerkelijk het (financiële) verschil kunnen maken. Uitgangspunten van dit zorgsysteem zijn: solidariteit, ontzorgen, preventie en welbevinden. Voorwaarden voor het slagen zijn: zeggenschap, delen van macht en toegankelijkheid van kennis en informatie voor gemeentelijke instanties en burgers.

Hoe kunnen we de omslag van medicaliseren naar preventie versnellen?

“Dat blijft lastig. Maar er gebeurt gelukkig al veel in de lokale praktijk. Ontschotten komt op gang en op gemeentelijk niveau ►

“Het is belangrijk om de lokale infrastructuren te optimaliseren: kennis over het maken van beleid moet ontsloten worden daar waar het beleid gemaakt wordt: lokaal”



vindt rond werk en zorg al participatie van de burger plaats. Dat moet leiden tot meer keuzevrijheid, minder administratieve rompslomp, meer preventie en minder ziekte. Door de crisis is er een *sense of urgency* dat het niet moet gaan om medicaliseren, maar om kwaliteit van leven. Natuurlijk komen burgers in verzet als ze denken dat hun rechten worden aangetast. We hebben een moeilijke boodschap: we kunnen niet meer denken in termen van groei en het borgen van rechten. We moeten bezuinigen en tegelijk het systeem omgooien. Het kernwoord is informatie. Ik ben ervan overtuigd dat mensen meegaan als ze goede informatie krijgen en als we concreet maken dat in het nieuwe zorgsysteem de wensen en de keuzes van mensen centraal staan. Dat zorg er niet is voor de zorginstellingen, maar voor de patiënten. Nog steeds is het medische model dominant. Het sociale model wordt er nu stap voor stap mee verweven. Natuurlijk staat een behandeling van de allerbeste kwaliteit voorop, maar er is pas sprake van goede zorg als een arts zich ook bezighoudt met alledaagse vragen van een patiënt. De verzorgingsstaat wordt lokaler van karakter en meer gericht op de levenssituaties van mensen.”

We moeten gaan zorgen voor elkaar, iedereen moet werken... Hoe gaat dat samen?

“De politiek moet niet langer over kleine stukjes beleid spreken. Wonen, zorg en arbeid raken lokaal meer verweven met elkaar. Ook daar moet dus ontsloten worden en de bereidheid zijn om iets af te staan wanneer het elders beter geregeld kan worden. Een integrale benadering is niet alleen wetten maken, maar ook ambtenaren opleiden en ervoor zorgen dat ze die omslag maken. Op rijksniveau kunnen ze op dit moment leren van gemeenten, waar wonen, zorg en werk al langer in samenhang worden bekeken. Er is geen alternatief! Van links tot rechts snapt de politiek dat er bezuinigd moet worden. Het is verstandig om die opening ook voor inhoudelijke verandering te gebruiken. Mensen ervaren het nog als pijn, maar het is niet alleen bezuinigen. Het is bezuinigen-PLUS. Liberaliseren en zaken dicht bij de burger brengen gebeurt al veel langer. Nu volgen de grote brokken en merkt iedereen het.”

Hoe kun je forceren dat zorginstellingen over hun eigen belangen heen stappen?

“Enerzijds moeten zorgverzekeraars en overheid dat forceren in de zorgketens. Anderzijds zie ik dat lokaal al de dingen bij elkaar komen in bijvoorbeeld anderhalvelijnszorg-centra. Als we het over preventie hebben: daar gebeurt het al! Daar wordt gekeken naar wat mensen nog zelf kunnen en hoe de zorg eromheen georganiseerd moet worden. Natuurlijk moet die zorg verantwoord worden, maar de overheid moet dat minder doen om te controleren, meer om lokale overheden te stimuleren. En natuurlijk hebben we goed toezicht nodig. Ik vind het vooral belangrijk dat die toezichthouders, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), goed met elkaar communiceren. Dat moet de centrale overheid goed regelen.”

Kunnen burgers, lokale politici en partijen deze verantwoordelijkheden al aan?

“Democratie is kwetsbaar op alle niveaus. Zolang we mensen kiezen om zaken te regelen, houd je dat. Het is belangrijk om de lokale infrastructuur te optimaliseren: kennis over het maken van beleid moet ontsloten worden daar waar het beleid gemaakt wordt: lokaal. Ook ambtenaren en hulpverleners moeten die mentale draai maken, kennis ontwikkelen en meebewegen. In mijn visie valt ook niet te ontkomen aan lokale belastingen: gemeenten moeten zo hun eigen beleid kunnen maken. De drie hulpbronnen voor goed lokaal bestuur - geld, kennis en draagvlak - moeten geoptimaliseerd worden.

Participatie van burgers betekent niet dat steeds meer mensen zich met het beleid bemoeien en dat er steeds meer Wmo-raden en dergelijke komen. Het betekent wel dat wanneer je beroep doet op een voorziening, je kunt meepraten. Meer zelfbeschikking. Door individualisme, emancipatie en opleiding zijn mensen mondiger geworden en willen ze meedenken. Bied ze dan de faciliteiten. En mensen snappen heus dat er grenzen zijn aan hulp.”

Wat verwacht u van het Seneca Congres?

“Vaak verliezen we ons bij congressen in de grote, brede discussie of raken we verstrikt in details. Het zou winst zijn als we erin slagen de paradigmaveranderingen aan heel concrete stappen te verbinden. De burger heeft recht op een stip aan de horizon, een ankerpunt. Wij moeten duidelijk laten zien wat de weg daar naartoe is.” ●

Kostenreductie moet kwaliteit- en veiligheidgedreven zijn

Willy Spaan, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ), is een gedreven man. Zijn missie: over de Bühne krijgen dat excellente kwaliteit en veiligheid cruciaal zijn om tot kostenbesparing in de ziekenhuiszorg te komen. Maar dan moeten we wel eerst over de juiste parameters beschikken om kwaliteit en veiligheid te kunnen toetsen. Bij kwaliteit past ook dat de burger zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn gezondheid.

De ontwikkeling van ziek en zorg naar gedrag en gezondheid - ofwel leefstijl - is jaren geleden al ingezet door oud-minister Klink. Hij wees erop dat de dubbele vergrijzing en de grote toename aan chronisch zieke patiënten grote consequenties voor de kostenontwikkeling in de ziekenhuiszorg zouden hebben. Mede vanuit dat inzicht en het besef dat leefstijl dus een belangrijke factor is in de gezondheidszorg, kwam ketenzorg op gang. Voor ons, zorgaanbieders, betekent het dat we veel beter moeten samenwerken met de eerstelijns gezondheidszorg en de VVT-sectoren. Substitutie naar de eerste lijn kan de kosten aanzienlijk reduceren en levert voor de patiënt vaak betere kwaliteit op. Ook moeten we leren luisteren naar de patiënt. Tijdens ziekte van mijn 85-jarige schoonmoeder heb ik meegemaakt hoe moeilijk wij dat vinden. De zorg was prima en mijn schoonmoeder is weer opgeknapt, maar geen enkele arts stelde de vraag: 'wat is voor u belangrijk?'. Dat is raar. Wij moeten leren luisteren naar patiënten en de juiste

vragen stellen. Hiermee kan overbodige zorg vermeden worden."

Maar ontwikkelingen gaan traag, constateert Spaan. "Kijk naar de snelle kostenstijging in de ouderenzorg. We hebben verzuimd vroegtijdig in te zien dat uitgebreide AWBZ-zorg met de dubbele vergrijzing niet meer te bekostigen was. Toch werd al door verschillende experts in de jaren '90 hiervoor gewaarschuwd. Op dit moment gaat het bedenken van een systeem voor zorgsparen traag. Ik ben er voorstander van dat mensen tijdens hun werkzame leven sparen voor zorg op hun oude dag, analoog aan sparen voor pensioen. Laten we dat voortvarend regelen."

Wat is kwaliteit?

Marktwerking heeft de ziekenhuiszorg niet beter en stuurzamer gemaakt, meent Spaan. "Loslaten van budgettering is één van de redenen waarom de ziekenhuiskosten zijn gestegen. Artsen werken vaak in vrije vestiging. Als je dan inkomen aan productie koppelt, gaan de sluisen los. Ik zou het wijs vinden als we weer budget-

beperking invoeren. Van echte marktwerking is namelijk geen sprake, want de patiënt heeft weinig te kiezen. Die zit in een afhankelijke positie."

Eén belangrijk voordeel heeft de marktwerking wel opgeleverd: de discussie over kwaliteit en vergelijken van kwaliteit. Zaken die Spaan na aan het hart liggen. "We hebben kwalitatief goede zorg, maar tussen de regio's bestaan nog steeds verschillen. Zonder marktwerking was de discussie rond kwaliteit niet zo intensief gevoerd. Belangrijker nog: eerst moeten we over de juiste parameters beschikken om werkelijk te kunnen beoordelen wat goede kwaliteit precies is. Daarnaast moet ik de eerste zorgverzekeraar nog tegenkomen die de discussie echt aangaat over de verhouding tussen kwaliteit en kosten. Dat kan veel beter.

Ik ben ervan overtuigd dat de aanpak van verspilling en kostenreductie alleen maar kwaliteit- en veiligheidgedreven kan zijn, want zo worden bijvoorbeeld complicaties teruggebracht, wordt schade aan de patiënten vermeden en krijg je ook volumereductie. Maar over het nut van ►



veel kwaliteitsindicatoren waarmee we moeten werken, hebben wij twijfels. Ik wil die graag eens tegen het licht houden en er tegenover zetten wat in onze visie wel nuttig is.” Spaan refereert aan een interview dat in juli verscheen in *NRC Handelsblad*, met de Amerikaanse hoogleraar Denis Cortese. “Hij stelt dat leveren van de beste kwaliteit het minste kost. Daar ben ik het volledig mee eens. Dat zit vaak in ‘basic’ zaken, zoals in het verbeteren van logistieke processen, in optimaliseren van vermijdbare complicaties en zorgen voor een betere conditie van de patiënt bij opnamen. Op het gebied van voeding en leefstijl werken wij samen met innoverende MKB-bedrijven en toetsen we de effecten. Zo zetten we samen met een cateraar een project op om de conditie te verbeteren van ouderen die een operatie moeten ondergaan. We willen het effect op de opnameduur en kwaliteit van leven onderzoeken van op maat gemaakte maaltijden vóórdat ze in het ziekenhuis komen. Dat klinkt simpel, maar dat is nog niet zo eenvoudig te organiseren, want je moet draagvlak in de gehele keten hebben. Ook de chirurg moet meedenken.”

Veiligheid

Ook veiligheid is een wapen in de strijd tegen kosten. “Vermijdbare schade en sterfte komt nog steeds in ziekenhuizen veel voor. We moeten de ambitie hebben om dat tot nul te reduceren. De kernvraag is: welke interventies moeten wij doen om vermijdbare schade tot nul te reduceren? Van sommige zaken weten we het, van veel zaken niet. Wij hebben de laatste jaren, in samenwerking met medisch specialisten, calamiteiten die in het JBZ plaatsvonden, geanalyseerd. Dit document brengen we op onze website* naar buiten, ook met de hoop dat dit de discussie tussen ziekenhuizen zal bevorderen. De hoofdoorzaak van een calamiteit is vaak slechte communicatie. Interventies moeten dus gericht zijn op verbetering van overdracht en communicatie. Dat is gedragbeïnvloeding. Dat betekent dat we nog veel meer handelingen moeten standaardiseren. Dat is een absolute voorwaarde om de stap van goede naar excellente zorg te maken.”

*<http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/116700/Nieuwsoverzicht-Nieuwsarchief-2013-Het-JBZ-leert-van-incidenten-in-de-zorg->

JCI-accreditatie

Het JBZ laat zich op kwaliteit en veiligheid toetsen door het oorspronkelijk Amerikaanse Joint Commission International (JCI).

Om voor accreditatie in aanmerking te komen, moet het JBZ voldoen aan het JCI-normenkader en de internationale patiëntveiligheidsdoelen met 1300 meetbare elementen rond kwaliteit, veiligheid en hygiëne.

“Wij waren op zoek naar normeringstandaarden die uitgaan van de patiënt en het proces dat die patiënt doorloopt”, vertelt Spaan. “Alleen de JCI voldeed daaraan. Niet de individuele handeling staat centraal, maar de gehele keten in het ziekenhuis, van arts tot facilitaire dienst.” Die toetsing begint al op de snelweg: kan de patiënt het ziekenhuis makkelijk vinden? En eenmaal bij het ziekenhuis: kan de patiënt veilig van de parkeergarage naar het ziekenhuis lopen? Het totale proces moet leiden tot excellente zorg. De accreditatie is een middel om kwaliteit te toetsen, betere zorg en kostenreductie te bereiken.

“Alle handelingen die we in ons ziekenhuis doen toetsen we nu aan zes dimensies: patiëntveiligheid, klantgerichtheid, effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid. Daardoor krijgen we beter zicht op het belang van kwaliteit. Het is onze manier van ‘anders kijken, beter doen’.

Voor alles moet zorg veilig zijn. Maar ook voor veiligheid is nog steeds te weinig aandacht. Een operatie is altijd risicovol, maar de checks voor een operatie zijn nog niet overal op orde en het komt nog voor dat artsen de vragenlijst invullen zonder aanwezigheid van de patiënt. Terwijl een patiënt mag verwachten dat alles *top of the bill* is. Dat hoort bij de kwaliteit van het team. We begrijpen te weinig van hoe communicatie en overdracht werken. Zoals eerder gezegd: dat is gedrag. We moeten dus samenwerking tussen mensen trainen. Dat is weerbarstige problematiek, dus een langdurig traject. Toch moet het gebeuren, want van 80% naar 100% gaan; dat maakt het verschil tussen goede zorg en excellente zorg. Alleen met goed integraal risicomanagement achterhaal je de risico's in een organisatie en kun je toetsen welk effect het in de organisatie heeft als iemand ergens aan het stuur draait.”

Kwaliteitstoets op de kwaliteitssystemen

Spaan is in gesprek met KPMG om samen na te denken over hoe de kwaliteit van de kwaliteitssystemen getoetst kan worden. Gedreven: “Dat houdt me al heel lang bezig. Want als zorgverzekeraars echt willen sturen op kwaliteit, zullen we ook een goede uitkomstenregistratie en kwaliteitstoets op die systemen moeten ontwikkelen. Lees de kranten in juni: ze staan vol met accountantsverslagen over ziekenhuizen. Dat gaat over geld. Maar kwaliteit registreren we zelf. We worden niet getoetst en er wordt vaak naar een goed resultaat toe geschreven. Om dat beter te doen hebben wij als eerste stap samen met de kwaliteitscommissie van de Raad van Toezicht een halfjaarlijkse Quality Board Letter ontwikkeld. Daarin beschrijft het hoofd van de stafafdeling Kwaliteit en Veiligheid op strategisch niveau waar JBZ precies staat wat betreft kwaliteit en veiligheid. De volgende stap is om dit instrument extern te laten toetsen en aan zorgverzekeraars ter beschikking te stellen. Op die wijze is dat een prachtig instrument om onze betrouwbaarheid goed inzichtelijk te krijgen. Ik vind dat dit landelijk praktisch zou moeten zijn, maar iemand moet ermee beginnen.” ●

Willy Spaan

“Als zorgverzekeraars echt willen sturen op kwaliteit, zullen we ook een goede uitkomstenregistratie en kwaliteitstoets op die kwaliteits-systemen moeten ontwikkelen.”



De verwondering van Carl Verheijen

Zorgaanbieders die onderling nauw samenwerken, maar ook de samenwerking zoeken met lokale overheden en zorgverzekeraars. Een belangrijke invulling van het thema 'Anders kijken. Beter doen'. Onder meer Rien Meijerink en Kim Putters vertellen daarover in dit nummer. In de Nije Veste in Nijkerk is het praktijk. Directeur Carl Verheijen - voormalig topschaatser - wil alweer verder: proactief werken met cliënten die hun verantwoordelijkheid nemen.

Carl Verheijen rolde als topsporter de zorg in. Dat er tussen beide werelden nogal wat verschil is, mag duidelijk zijn. Wanneer hij aftrapt valt direct het woord 'verwondering'. "Neem alleen al de communicatie tussen zorgverleners", zegt Verheijen. "Je hebt één patiënt, maar twaalf huisartsensystemen, vijf keten-informatiesystemen, zes fysiotherapie-systemen en ga zo maar door. Het is heel erg moeilijk om ze te koppelen, laat staan om er samen mee te werken." In De Nije Veste is de zorg sinds april 2011 gebundeld onder één dak. "Ik vind dat het zeer goed functioneert", zegt Verheijen. "Onze zorgverleners kunnen elkaar beter dan voorheen vinden. Patiënten hebben één plek waar ze naartoe kunnen gaan. Ze kunnen bijvoorbeeld vanuit de huisarts direct een röntgenfoto of echo laten maken, vervolgens hun medicijnen meenemen en een afspraak maken met de fysiotherapeut. Wij werken goed samen met de specialisten van het Amersfoortse ziekenhuis Meander. Die hebben bij ons zeven poliklinische behandelkamers waar ze geregeld spreekuur houden. Voor de meeste zaken kunnen onze patiënten gewoon in Nijkerk blijven. Zorginhoudelijk leveren we mooie programma's en goed op elkaar afgestemde zorg. Zo wordt zorg efficiënter en dus goedkoper. Maar het vervolgstapje om proactief met onze populatie aan de gang te gaan, wat bijvoorbeeld VWS en Zorgverzekeraars Nederland willen, moeten wij ook nog maken."

Hij verwijst naar topsport waarin volgens hem eenvoudige, maar strenge regels gelden: "Goed eten en slapen, hard trainen en zo verstandig mogelijk omgaan met je lichaam. Die afspraken maak je niet in de zorg. Patiënten zijn eigenlijk niet verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid. Als mensen hun hele leven alles doen wat God verboden heeft, verwachten ze toch dat de zorg - naast dat eigen risico van 350 euro - gratis is."

Alles combineren in één traject

De oplossing voor dat onverantwoordelijke gedrag is volgens Verheijen dat mensen meer kennis moeten krijgen over hun gezondheid en de risico's en daardoor uiteindelijk meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gedrag. "Als ze dan nog weigeren en doorgaan met verkeerde keuzes maken, vind ik dat je op een gegeven moment moet kunnen zeggen: wat kost jouw gedrag de gemeenschap? Waarom moet je je auto elk jaar onderhouden en een APK-keuring geven? En waarom je lichaam, dat eigenlijk je grootste goed is, niet?" Ook vindt hij het 'raar' dat er niet preventief naar risico's wordt gekeken. "Waarom niet even checken wat het risico is op diabetes of hart- en vaatziekten? Het preventiekompas van het Nipede of 'testuwleefstijl.nl' van de NHG zijn goede voorbeelden. Het is jammer dat wij niet betaald worden om gezonde mensen gezond te houden, maar pas betaald krijgen als wij veel zieke mensen hebben. Er zit een vreemde prikkel in het systeem; hoe meer zieke mensen wij als zorg-

verleners behandelen, hoe meer we eraan verdienen."

Volgens de voormalige schaatskampioen moet met zelfmanagement en e-health vooral worden gemikt op de generatie die veertig tot zestig jaar oud is. "Dat zijn de mensen die met een goede leefstijl nog heel veel goede jaren kunnen hebben. Hen moet je motiveren om zelf aan die leefstijl te gaan werken. Daar zie je ook het belang van een goed communicatiesysteem en een datainformatiesysteem. Mensen moeten kunnen beschikken over hun persoonlijke gezondheidsdossier. Daarin moeten ze kunnen communiceren met de zorgverleners. Ik krijg nu alleen maar mensen met klachten of mensen die ziek zijn in mijn gezondheidscentrum. Eigenlijk wil ik gezonde mensen zien die overleggen met hun zorgverleners en preventief te werk gaan. Het gaat erom dat we alles proberen te combineren in één traject; dus preventie, financiering, de gemeente, datasystemen en patiëntensystemen."

Hij vertelt dat hij met de gemeente in overleg is over hoe om te gaan met de bezuinigingen in de zorg en de Wmo. "We moeten samen verantwoordelijk willen zijn voor het gezondheidsniveau van onze populatie. Wij zijn verantwoordelijk voor de zorg voor de inwoners van Nijkerk. Maar ik heb niet echt data over ze. Hebben we straks meer verloskundigen nodig? Is het zo dat we straks meer alleenstaande of eenzame ouderen krijgen? Eigenlijk heb ik geen idee, terwijl ik dat wel zou moeten hebben." ●



Carl Verheijen

“Als mensen doorgaan met verkeerde keuzes maken, moet je op een gegeven moment kunnen zeggen: wat kost jouw gedrag de gemeenschap?”

‘Grootste kostenpost in de zorg? Angst’

Wel of geen ziekenhuisfusie?

31%

van de Nederlanders staat positief tot zeer positief tegenover de fusietrend onder ziekenhuizen

24%

is negatief tot zeer negatief

38%

staat er neutraal tegenover

Dit blijkt uit onderzoek van Newcom Research & Consultancy (in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) onder duizend patiënten en consumenten.

Bezuinigen is in de ogen van patiënten en consumenten de belangrijkste drijfveer voor fusie. 78 Procent noemt dit als belangrijkste achterliggende reden. Andere door patiënten en consumenten genoemde beweegredenen zijn het concentreren van specialistische zorg (45 procent) en kennisdeling (38 procent). Mensen die positief tegenover fusies staan noemen vaker kwaliteitsoverwegingen, terwijl tegenstanders vaker vinden dat zorgverzekeraars ziekenhuizen tot fusie dwingen. Mannen blijken positiever over fusies te oordelen dan vrouwen.

Bron: Skipr, 1 augustus 2013

Onder die kop schreef journaliste Lidy Nicolassen een column voor *de Volkskrant* van 27 juli. Een bevriende dorpsdokter vertelt haar dat angst de grootste kostenpost is in de gezondheidszorg, en dat het zorgakkoord daarom een goed idee is. Maar hoe kom je van die angst af?

Enkele opvallende fragmenten uit de column:

‘Het kabinet wil 1,5 procent per jaar bezuinigen en de huisarts is de spil. Die moet tegen ons zeggen: we stoppen met al die nutteloze onderzoekjes, je kunt eisen wat je wilt, maar het is mooi geweest. Hups, de verwijsbriefjes in de papiervernietiger. Ik ga je weer eens aankijken in plaats van briefjes schrijven. Huisartsen, ziekenhuizen, specialisten - allemaal hebben ze hun handtekening gezet. Ze geloven erin. Het kan, zeggen ze. Een bevriende huisarts - dorpsdokter uit overtuiging - is daarin zelfs heel stellig. Maar op één voorwaarde: we moeten wel met z’n allen stoppen bang te zijn.

Zij noemt angst de grootste kostenpost in de zorg. De angst van de patiënt voor kanker of een andere onvoorspelbare en ongeneeslijke ziekte bij het minste of geringste pijntje aan de grote teen. De angst van huisarts en specialist om fouten te maken, iets te missen, over het hoofd te zien. Samen houden we elkaar gezellig en stevig in de tang. We willen het zeker weten. We durven niet met risico’s te leven, ook als we van extra onderzoek geen snars wijzer worden.’

‘De dorpsdokter geeft een voorbeeld uit de eigen praktijk. Iemand komt met een verdraaide knie. Zij zegt: “Kalm aan, over zes weken zijn de klachten weg.” Hij heeft het geduld of het vertrouwen niet en laat zich niet overtuigen. Hij gaat voor onderzoek naar een privékliniek waar ze de hele bliksemseboel uit de kast trekken. Scan, scoop en hoe heten al die dingen. Na zes weken is de patiënt klachtenvrij, is het onderzoeklijstje afgevinkt en rinkelt de kassa. De specialist doet ook even de controle erbij, 400 euro, tikt toch lekker aan.’

Is decentralisatie financieel haalbaar?

Er moet een financiële vangnetregeling komen voor gemeenten die door de decentralisatie van de beleidsterreinen werk, langdurige zorg en jeugd in de financiële problemen komen. Dit bepleit de Raad voor de financiële verhoudingen (Rfv). Volgens het Rfv moet tijdelijk een aparte vangnetregeling worden ingebouwd om gemeenten tegemoet te kunnen komen als deze worden geconfronteerd met onverwachte kosten en bijzondere situaties waardoor zij financieel in de knel dreigen te komen. Het vangnet moet voorkomen dat gemeenten bij problemen automatisch onder financiële curatele komen te staan via de ‘artikel 12-regeling’.

De Raad waarschuwt in het advies voor de decentralisatieparadox: veel gedecentraliseerde taken gaan de lokale schaal te boven en worden belegd bij regionale samenwerkingsverbanden. Dit leidt tot centralisering van gedecentraliseerde taken. Niet alleen dreigt daardoor lokaal maatwerk op de achtergrond te verdwijnen, maar ook de grip van een individuele gemeenteraad op de regionale samenwerking is vanuit democratisch oogpunt niet optimaal.

Bron: Skipr, 28 juli 2013