

Ketenzorg maakt beloften niet waar

Ketenzorg is een zorgconcept waaraan reeds tien jaar een grote potentie wordt toegeschreven: zorg zou inhoudelijk verbeteren, de patiënt zou er beter mee geholpen zijn en de kosten kunnen erdoor dalen. Diverse rapporten en onderzoeken hebben in de tussentijd beschreven dat de effecten tegenvallen. Ketenzorg lijkt eerder tot perverse resultaten te leiden dan tot de beloofde voordelen die ze zou moeten hebben. Desondanks lijkt het geloof in ketenzorg onverminderd aanwezig. Dit artikel legt de vinger op de zere plek en hoopt dat daarmee een werkelijke reflectie plaatsvindt op de vraag hoe deze effecten voor patiënten wel bereikt kunnen worden. Dat lukt waarschijnlijk alleen door de patiënt echt centraal te stellen.

Door: B. Ipenburg

Ketenzorg zou dé oplossing zijn om de zorg voor chronisch zieken efficiënt en effectief te organiseren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateerde in 2012 over ketenzorg diabetes dat de zorgstandaard diabetes nauwelijks geïmplementeerd is. De patiënt staat niet echt centraal. Multidisciplinaire patiëntendossiers en zorgplannen worden bijna nergens gebruikt en patiënten krijgen weinig ondersteuning bij zelfmanagement. Er zijn problemen rondom de geautomatiseerde informatiesystemen en de financiering van de zorg volgens de zorgstandaard. De IGZ vond ketenzorg desondanks 'veelbelovend'. Jaren daarvoor, in 2003, constateerde de IGZ dat ketenzorg maar niet van de grond kwam. En in 2006 stelde ze 'dat de situatie rondom ketenzorg voor chronisch zieken nog niet wezenlijk is verbeterd sinds de rapportage in 2003'. 'Goede ketenzorg vraagt een cultuuromslag waarbij niet de eigen beroepsgroep of instelling maar de patiënt centraal komt te staan en waar de zorgprocessen zelf heringericht worden. Dit komt niet goed van de grond.'

Wat is er aan de hand met ketenzorg als dit organisatieconcept na tien jaar alleen maar een belofte is?

Coördinatie

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw wordt gepleit voor meer coördinatie en afstem-

ming in de zorg van chronisch zieken. De fragmentarisering van de gezondheidszorg maakt dat de chronisch zieke niet de zorg krijgt die hij nodig heeft. De oplossing moest liggen in disease management, transmurale zorg, integrale zorg en ketenzorg.

- Disease management komt uit de VS. Zorgverleners en zorgverzekeraars maken afspraken over de te volgen zorgmodellen op het gebied van preventie, diagnose en behandeling van een aandoening en over de financiële middelen.
- Transmurale zorg helpt afstemmingsproblemen op te lossen tussen de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis en de zorg die na behandeling nodig is. Een patiënt die uitbehandeld is kan dan sneller naar huis – wat als voordelen heeft dat de zorg thuis goedkoper is én dat de middelen van het ziekenhuis alleen voor de medisch-specialistische zorg kunnen worden ingezet.
- De term integrale zorg geeft aan dat de zorg niet versnipperd moet worden geleverd door los van elkaar werkende monodisciplines maar in onderling overleg en afstemming: multidisciplinair.
- Ketenzorg benadrukt de noodzaak van koppeling van de verschillende zorgdisciplines. Uitgangspunt is steeds dat de zorg rond een patiënt gecoördineerd plaatsvindt en dat de disciplines die bij een patiënt worden ingezet efficiënt en effectief samenwerken.



Ben Ipenburg

Belemmeringen

De Inspectie constateerde in de Staat voor de Gezondheidszorg 2003 drie belemmeringen voor succesvolle invoering: afwezigheid van centrale sturing, veldnormen en een adequate financiering. Een totaalbudget in plaats van de losse financiering via de consulten van de betrokken disciplines is een voorwaarde. Om centrale sturing mogelijk te maken stimuleerde de overheid de oprichting van zorggroepen. Zorggroepen zijn organisaties (van meestal huisartsen) die met zorgverzekeraars contracten afsluiten om chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren. De losse financiering werd door de overheid gebundeld in keten-dbc's. Al het geld in één pot, oftewel integrale bekostiging. 'De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar onderhandelen dan over de zorgkosten als één geheel, tegen één prijs', aldus het College voor zorgverzekeringen. Eén zorgorganisatie – de regionale zorggroep – krijgt het geld en betaalt daarmee haar eigen kosten en die van de zorgaanbieders in de keten. Om de kwaliteit van de ketenzorg vast te stellen zijn zorgstandaarden ingevoerd. De veldnormen dus, waar de zorggroepen en hun onderaannemers zich aan moeten houden.

Veel onderzoek

Door wetenschappers en adviesbureaus is veel onderzoek gedaan naar ketenzorg. De onderzoeksresultaten zijn ambivalent. Meta-analyses naar effectiviteit en efficiëntie van ketenzorg lopen tegen het probleem aan dat de wetenschappelijke kwaliteit van de onderzoeken ambivalent is. In 2000 deed Rosendal verslag van onderzoek onder 353 projecten transmurale zorg uit de periode 1990 tot 1996. Vier evaluaties gaven een wetenschappelijk verantwoord positief effect aan. In 2007 vroegen Calsbeek en Rosendal zich af of de gemeten effecten wellicht onvoldoende zijn 'om de meerwaarde aan te tonen en implementatie te rechtvaardigen'. Het RIVM stelde in 2010 dat 'door een grote heterogeniteit in initiatieven en de gemeten uitkomsten het vooralsnog niet mogelijk is om een solide beeld te geven van de effectieve componenten in disease-managementinitiatieven'. Het NIVEL constateerde in *Zorg voor chronisch zieken* uit 2011 hetzelfde.

Toch positief

Calsbeek en Rosendal en het RIVM bleven positief. Ze onderzochten de faal- en succesfactoren van de invoering van ketenzorg en gaven adviezen. Het RIVM concludeerde dat 'disease-managementprogramma's in het algemeen een positief effect kunnen hebben voor chronisch

zieken'. Ze leiden – daar hebben we hem weer – 'tot een aantal veelbelovende effecten'. En het NIVEL stelde dat 'de programmatische aanpak van de zorg voor patiënten met chronische ziekten potentieel leidt tot betere samenwerking tussen zorgverleners'. Potentieel, ja. Het prijswinnende proefschrift *Developing integrated care* van Minkman uit 2013 zoekt met het 'Ontwikkelingsmodel voor ketenzorg' de oplossing in een verbeterde organisatie van ketenzorg. Ook zij meent dat het 'aannemelijk (lijkt) dat verder of beter ontwikkelde ketens ook betere prestaties leveren, maar stevig bewijs hiervoor ontbreekt nog'. Ze benadrukt de noodzaak van 'integrale ketenzorg' en van 'effectieve ketenzorg' – wat merkwaardige pleonasmen zijn. In de VS betwistte de voorzitter van de Disease Management Association de waarde van onderzoek naar de effectiviteit van disease management: omdat er geen 'industry standard uniform methodology for measuring outcomes (is) and therefore, as a result, all outcomes are suspect'.

Zes onverwachte effecten

Het concept ketenzorg is vooral 'veelbelovend'. Er zijn zes niet van tevoren bedachte neveneffecten.

1. Extra organisatielaag

Om te zorgen dat ketenzorg van de grond komt ontstonden de zorggroepen die de centrale sturing moeten vormgeven. Het rapport van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns (LVG) uit 2008 geeft een interessante kijk op hoe de zorggroepen tegen zichzelf aankijken. 'Zorggroepen zijn organisaties van en door huisartsen. De huisartsen zijn regievoerder van de chronische zorg, de huisartsen zijn uitvoerders van de zorg en de huisartsen zijn eigenaar van de zorggroep.' In feite zijn zorggroepen 'een (eerstelijns)zorgbedrijf voor chronische zorg', 'een prototype van ondernemerschap van eerstelijnszorgaanbieders', aldus de LVG. Geleidelijk aan ontstaat (er zijn inmiddels zo'n 140 zorggroepen in Nederland) een extra organisatielaag in de gezondheidszorg, tussen de tweede en de eerste lijn in. Het betekent ook een verdere fragmentatie; ook omdat de integrale financiering bestaat naast de financiering per consult. Onverwacht is de mededeling van de LVG dat huisartsen 'niet gewend zijn zich aan protocollen te houden'. Dat verklaart de waarneming van de IGZ in haar rapport uit 2012 dat de zorgstandaard onvoldoende wordt gehanteerd.

2. Weerstand van verzekeraars

Het tweede onverwachte effect is de weerstand van de zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar

die een keten-dbc inkoopt, loopt het risico niet alleen verzekerde zorg te betalen maar ‘mogelijk ook elementen buiten de te verzekeren prestaties’, zoals de NZa in haar Uitvoerings-toets stelt. Achmea wil de zorgkosten alleen vergoeden aan de uiteindelijke zorgverleners. Exit integrale bekostiging en de vrijheid van de zorggroep om naar eigen inzicht met het budget te werken ten gunste van de patiënt.

3. Marktwerking frustreert integrale zorg

Een derde onverwacht effect is de invloed van marktwerking. De NZa suggereert dat patiënten voor de behandeling van en begeleiding bij hun chronische ziekte een zorggroep kunnen kiezen voor aanbod waar niet hun eigen huisarts aan deelneemt. Einde integrale zorg. Bij multimorbiditeit ontstaan samenwerkingsproblemen als een zorggroep niet alle ziektes gecontracteerd heeft of per ziekte een rechtspersoon – een aparte zorggroep – heeft ingesteld.

4. Ketenzorg werkt kostenverhogend

Een vierde onverwacht effect is dat ketenzorg bij een goed sluitende keten tussen tweede en eerste lijn kostenverhogend werkt. Het RIVM constateerde dat chronische diabetespatiënten weliswaar minder gebruik maken van het ziekenhuis, maar ‘opmerkelijk genoeg namen de totale ziekenhuiskosten van deze patiënten juist toe en verklaarden ze bijna de helft van de toename van de totale curatieve zorgkosten’. Minstens even opmerkelijk is dat integrale bekostiging duurder is dan een koptarief (voor organisatiekosten en overhead) met losse financiering per consult. Achmea had dat goed gezien.

5. Patiënten ervaren geen verschil

Een vijfde onverwacht effect is dat patiënten vaak niet eens weten en dus ook niet ervaren dat ze onderdeel uitmaken van een ketenzorgprogramma. En in het algemeen blijkt uit onderzoek – voor zover onder patiënten gedaan – dat ze weinig verschil ervaren.

6. Eerste lijn en care integreren niet

En het zesde onverwachte effect is dat de integratie van de eerste lijn met de care niet tot stand komt. Het zou toch logisch zijn dat verpleeghuizen of in ieder geval de specialisten ouderengeneeskunde en de gespecialiseerde verpleegkundigen van de thuiszorg onderdeel van de keten en de integrale bekostiging zouden uitmaken.

Alomvattende zorgconcepten werken niet

De doelen van ketenzorg, verbetering van kwaliteit en doelmatigheid, worden niet gehaald. Resultaten zijn bescheiden, onbekend of kwetstus. Of roepen onduidelijkheden of ongewenste effecten op. Patiënten weten vaak niet eens dat ze ketenzorg krijgen. Ketenzorg is niet goedkoper. In plaats van één bekostiging (op consultbasis) zijn er nu drie (consult, koptarief, keten-dbc). Ketenzorg lost de fragmentatie in de zorg niet op. Integendeel. Ze vergroot de fragmentatie. Het belangrijkste gevolg van de invoering van ketenzorg is dat een nieuwe organisatielaag in de zorg voor chronisch zieken centraal staat. Niet de patiënt dus.

Informatie over de auteur

Ben Ipenburg is auteur van *Zorg, economie en de staat* (2009) en *De organisatie van thuiszorg* (2011).

Reactie op ‘Ketenzorg maakt beloften niet waar’

Door: M.M.N. Minkman



Mirella Minkman

‘**W**at je belooft moet je ook nakomen’ lijkt een onderstroming te zijn in de bijdrage van Ipenburg. Het is goed om kritisch te reflecteren op veel besproken, onderzochte en geïmplementeerde ‘oplossingen’ zoals vormen en varianten van ketenzorg die gericht zijn op het realiseren van betere resultaten voor cliënten. Maar welke belofte is eigenlijk gedaan? En waar gaat deze belofte over? In zijn bijdrage gebruikt hij vele termen en concepten zoals disease management, transmurale zorg, keten-

zorg en integrale zorg door elkaar en schakelt van coördinatie naar zorggroepen, naar integrale bekostiging (niet zijnde gelijk aan keten-dbc’s) en zorgstandaarden. En is teleurgesteld in de resultaten.

Ipenburg demonstreert hiermee eigenlijk zelf al de multidimensionaliteit van het begrip ‘ketenzorg’. Ik zou willen stellen dat ketenzorg als ‘product’ of ‘oplossing’ niet bestaat. Het onderzoekswerk in mijn proefschrift liet dit zien door negen componenten bloot te leggen die

samen laten zien wat van belang is als je ketenzorg wilt realiseren. Dat er zoveel 'ingrediënten' en vormen zijn van een concept als ketenzorg is niet raar en is ook in andere modellen die de werkelijkheid proberen te vereenvoudigen terug te zien. Laten we de vergelijking maken met 'medicijnen'. Kunnen we iets zeggen over de effecten van 'medicijnen'? Deze vraag kun je pas beantwoorden als je de ingrediënten kent, de toediening, voor welke ziekten het is, wat de patiëntkenmerken zijn enzovoort. De vraagstelling van Ipenburg is mijns inziens te breed gesteld om goed te kunnen beantwoorden. Is het vreemd dat de resultaten in de door Ipenburg aangehaalde onderzoeken en rapporten niet duidelijker positieve effecten aangeven? Ik heb op maar weinig plekken gezien dat ketenzorg 'full swing' geïmplementeerd is, juist door de multidimensionaliteit en daarmee complexiteit om het vorm te geven. Overal werkt en zoekt men naar 'deeloplossingen' maar welke dragen nu het meeste bij? En is het niet kunnen aantonen van de effecten en opbrengsten van (aspecten van) ketenzorg het probleem van de praktijk of van de wetenschap? In het veranderende zorglandschap waarin samenwerkings- en organisatieconstructen (zoals ik bijvoorbeeld een zorggroep eerder zou karakteriseren) verschuiven en rollen diffuus zijn, is het onderzoeken van ketenzorg met traditionele designs een farce. Wat meet en weet je eigenlijk als je probeert te vergelijken, het unieke effect probeert aan te tonen van de impact van een deelaspect waarbij je al weet dat er veel beïnvloedende factoren zijn? Moeten we ook niet met methoden die dicht bij de praktijk staan, zoals actieonderzoek, de praktijk vooral proberen te snappen?

Ik ben het met Ipenburg eens dat de ontwikkeling van ketenzorg in de praktijk geen hoog tempo heeft. Integendeel. En dat is deels intrigerend. Want ook als de contextfactoren zoals financiële kaders gelijk zijn, zijn de resultaten op de ene plek toch beter dan op de andere. Want Ipenburg heeft gelijk dat het gaat om betere uitkomsten voor cliënt, medewerker of minder kosten. Intrigerend is recent werk van student Christiaans bij het Kennisnetwerk CVA die op zoek was naar de relatie tussen de uitkomsten van CVA-patiënten en de mate waarin CVA-ketens hun ketenzorg georganiseerd hebben. Een opvallende uitkomst vond ik dat een aantal uitkomsten, zoals het aantal trombolysbehandelingen, of mensen weer terug thuis komen en mortaliteit, werd geassocieerd met de componenten van het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg, ook na correctie voor patiënt-

kenmerken. Vrij vertaald heeft de organisatie van de keten een relatie met het al dan niet overlijden. Als wetenschapper blijf ik voorzichtig maar die bevinding maakt veel inspanningen de moeite waard.

Het is niet zo dat we in Nederland in een mythe geloven die ketenzorg heet. Deze 'mythe' is namelijk een internationaal topic, omarmd door de WHO en object van studie in bijna alle landen om ons heen. De 'onbedachte effecten' die Ipenburg noemt, zijn karakteristiek omschreven, maar zijn het effecten? Of is de integratie van de eerste lijn met de care een ontwikkeling die nog gestalte moet gaan krijgen? Zorgverzekeraars hebben mijns inziens geen weerstand tegen ketenzorg. Sterker nog, zij proberen meer integraal in te kopen en zoeken hier wegen, onderbouwingen en constructen voor. Het integrale tarief van Achmea laat niet zien dat er sprake is van 'duurder' maar bouwt middelen in om aan integratie en hogere kwaliteit te werken. Ik heb er in tegenstelling tot Ipenburg geen moeite mee dat cliënten niet weten dat ze 'onderdeel uitmaken van een ketenprogramma'. Waarom zouden ze dat moeten weten? Het gaat hen immers om zaken als de bij hen bereikte resultaten, keuzes die er zijn te maken, kwaliteit van de zorg en bejegening. Dat daarvoor professionals hun zaken op orde moeten hebben, samenwerken en de best mogelijke zorg en behandeling bieden, is wat ze gewoon mogen verwachten. Verhoogt ketenzorg fragmentatie? Opnieuw, deze vraag is (te) breed om te beantwoorden. Maar mijns inziens is het medicijn niet erger dan de kwaal.

Informatie over de auteur

Dr. M.M.N. (Mirella) Minkman is Programmaleider Innovatie en Onderzoek Vilans.