

---

Vergaderjaar 2006–2007

---

**30 842**

**Afstemming in de zorg  
Aanpak chronische aandoeningen: twee  
voorbeelden uit de curatieve zorg**

**Nr. 2**

**RAPPORT**

**Inhoud**

**blz.**

Deel I: conclusies, aanbevelingen, bestuurlijke reactie en nawoord

5

Deel II: onderzoeksbevindingen

23



**Deel I: conclusies, aanbevelingen, bestuurlijke reactie en  
nawoord**



<b>Inhoud</b>	<b>blz.</b>	
<b>1</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>9</b>
1.1	Relevantie en doel van het onderzoek	9
1.2	De minister en zijn verantwoordelijkheid	11
1.3	Conclusies	11
1.4	Aanbevelingen	14
<b>2</b>	<b>Bestuurlijke reactie en nawoord Algemene Rekenkamer</b>	<b>17</b>
2.1	Reactie van de minister van VWS	17
2.2	Nawoord Algemene Rekenkamer	19
<b>Bijlage</b>	<b>Tabel conclusies en aanbevelingen, bestuurlijke reactie en nawoord</b>	<b>21</b>



## 1 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 1.1 Relevantie en doel van het onderzoek

Patiënten met een chronische aandoening hebben veelal met verschillende zorgverleners te maken. Voor deze groep patiënten is het daarom van belang dat er tussen de zorgverleners goede afspraken bestaan over zowel de inhoud van de zorg (beroepsinhoudelijke standaarden, richtlijnen en protocollen waaraan zij zich houden) als de organisatie van de zorg (onderlinge samenwerking, wachtlijstreductie, informatie-uitwisseling en dergelijke).<sup>1</sup>

Gebrekkige afstemming tussen zorgverleners kan leiden tot risicovolle momenten in de zorgverlening. Deze risico's hebben om te beginnen betrekking op de patiëntenzorg zelf. Zo kunnen niet op elkaar afgestemde recepten of tegenstrijdige medische adviezen leiden tot verkeerd medicijngebruik, verkeerd eetgedrag en dergelijke. Maar de risico's slaan ook terug op de organisatie van de zorg. Te denken valt aan niet op elkaar afgestemde behandelafspraken, die kunnen leiden tot onnodig lange doorlooptijden. Verder leidt gebrekkige afstemming tot onnodige kosten door bijvoorbeeld dubbelingen in behandelingen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderkent dat afstemming tussen zorgverleners een belangrijk kwaliteitsbepalend aspect is van de zorg. Afstemmingsafspraken tussen zorgverleners zijn volgens de minister een belangrijke voorwaarde voor de continuïteit van de zorg voor patiënten. Zijn beleid is erop gericht een goede regionale structuur te realiseren waarin specifieke afspraken kunnen worden gemaakt over afstemming en over ketenzorg, oftewel: zorgverlening waarbij de zorginspanningen van verschillende zorgverleners voor patiënten met een bepaalde ziekte één samenhangend geheel vormen.<sup>2</sup>

In weerwil van de goede intenties van de minister, zijn er al enige tijd signalen dat het stimuleren van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners onvoldoende vruchten afwerpt. Zo constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2003 dat de beoogde ketenzorg nog niet structureel van de grond kwam. Bovendien bleek dat ruim een kwart van de chronische patiënten die te maken had met verscheidene zorgverleners, de afstemming en samenwerking tussen hen als matig of slecht had ervaren.<sup>3</sup>

Gezien de hiervoor geschetste risico's die het ontbreken van afstemming met zich meebrengt en gezien het aantal mensen dat het betreft, hebben we hier te maken met een serieus probleem.

<sup>1</sup> Patiënten met een chronische aandoening hebben volgens de IGZ (2003) met gemiddeld acht verschillende zorgverleners te maken. Daarnaast lijden veel patiënten aan verschillende chronische aandoeningen tegelijkertijd («comorbiditeit»). Volgens de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad, 2002) heeft naar schatting 30% van de mensen met een chronische ziekte of handicap te maken met een combinatie van ziektes en handicaps.

<sup>2</sup> Deze omschrijving is gebaseerd op de definitie van ketenzorg die wordt gehanteerd door de IGZ.

<sup>3</sup> IGZ (2003). *Staat van de gezondheidszorg 2003; ketenzorg bij chronisch zieken.*

#### Aantal patiënten met chronische aandoeningen

Schattingen van het aantal mensen met een chronische aandoening in Nederland lopen uiteen, afhankelijk van de keuze van aandoeningen die als chronisch worden aangemerkt. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) komt in 2000 tot schattingen van 10 tot 30%. Maar er worden ook hogere percentages genoemd (tot 41%). Halverwege de jaren negentig werd ervan uitgegaan dat ongeveer 20% van de Nederlandse bevolking zou lijden aan een chronische aandoening. De IGZ schatte in 2003 dat 10 tot 20% van de Nederlanders leed aan een chronische aandoening.

De Algemene Rekenkamer heeft aan de hand van twee potentieel chronische aandoeningen onderzocht wat er anno 2006 in de praktijk van het maken van de gewenste afstemmingsafspraken tussen zorgverleners

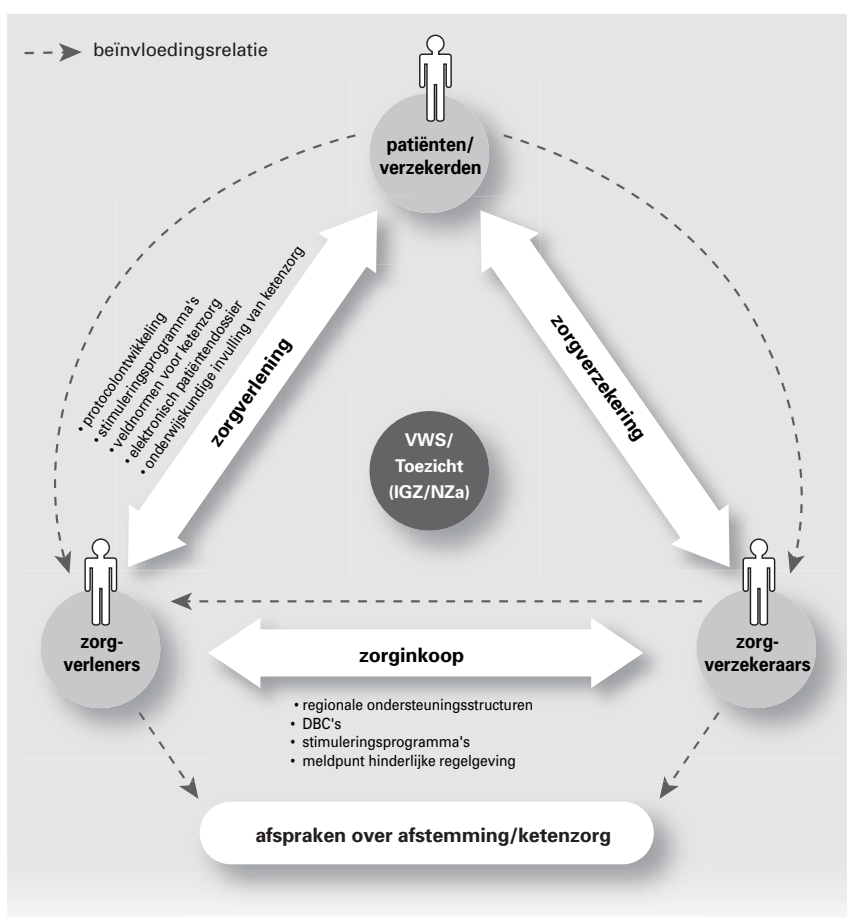
binnen de curatieve zorg terechtkomt. De onderzochte aandoeningen zijn: depressie (een psychische aandoening) en rug-, nek- en schouderklachten (een somatische aandoening).

#### Enkele kengetallen over depressies en rug-, nek- en schouderklachten

Zo'n 800 000 Nederlanders lijden aan depressiviteit. De directe medische kosten voor de behandeling van dit ziektebeeld bedroegen in 2003 € 660 miljoen.<sup>4</sup> Rug-, nek- en schouderklachten zijn de meest voorkomende aandoeningen van het bewegingsapparaat. In de totale huisartsenpraktijk heeft 9% van de klachten betrekking op het bewegingsapparaat.<sup>5</sup> De directe medische kosten van de behandeling van deze klachten bedroegen in 2003 € 761 miljoen.<sup>6</sup> Depressieve aandoeningen en rug-, nek- en schouderklachten zijn verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Van de nieuwe WAO-instroom in 2000 viel 39% onder de diagnose «psychische aandoeningen» en 29% onder de diagnose «aandoeningen aan het bewegingsapparaat».<sup>7</sup>

We beoordelen in dit onderzoek in hoeverre het beleid dat de minister van VWS voert om afstemmingsafspraken tussen zorgverleners te stimuleren, resultaat heeft. Ons onderzoek geeft indicaties over de knelpunten en verbeterpunten in de praktijk.

In onderstaande figuur is aangegeven aan welke instrumenten en activiteiten uit het beleid van de minister van VWS door ons zijn onderzocht (in Deel II van dit rapport is een nadere toelichting bij deze instrumenten en activiteiten opgenomen).



<sup>4</sup> RIVM (2006). *Kosten van ziekten in Nederland 2003*.

<sup>5</sup> Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), jaarcijfers 2004.

<sup>6</sup> RIVM (2006). *Kosten van ziekten in Nederland 2003*.

<sup>7</sup> Brief van de staatssecretaris van SZW (17 juni 2003).



## 1.2 De minister en zijn verantwoordelijkheid

Het beleid van de minister van VWS is erop gericht voorwaarden te scheppen voor een kwalitatief goed, toegankelijk en ketengericht aanbod van zorg dat aansluit bij de zorgvraag van mensen met een chronische aandoening. Om dit te realiseren, rekent de minister op de inzet van andere actoren: de samenwerking moet door de veldpartijen (zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten) zelf georganiseerd worden. Een goede regionale structuur waarin specifieke afspraken over ketenzorg kunnen worden gemaakt, acht hij daarbij van belang. Voor zichzelf ziet de minister een stimulerende en faciliterende rol weggelegd. Sinds de omslag naar het nieuwe zorgstelsel is sprake van een veranderende rol van de zorgverzekeraars. Zij gaan meer verantwoordelijkheid dragen om de wensen van de patiënten en de mogelijkheden van de zorgverleners op elkaar af te stemmen.

In ons onderzoek beoordelen we zoals gezegd in welke mate het beleid van de minister van VWS daadwerkelijk een stimulerend effect heeft op de invoering en het gebruik van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners over zorg aan mensen met een chronische aandoening. Ons uitgangspunt hierbij is dat de minister van VWS verantwoordelijk is voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. Hij is aanspreekbaar op systeemfouten en -falen.

De minister moet over informatie beschikken om de voortgang van zijn beleid te kunnen beoordelen. De twee toezichthouders in de zorg, IGZ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), spelen een belangrijke rol bij het verzamelen van deze informatie. Het gaat niet alleen om informatie over het functioneren van het systeem zelf, maar ook over de resultaten die ermee behaald worden.

Ten slotte dient de minister periodiek zijn beleid te evalueren, zodat lessen kunnen worden getrokken, en het beleid en/of bepaalde maatregelen eventueel aangepast kunnen worden.

Partijen en hun verantwoordelijkheden	
VWS/toezichthouders	Spelregels vaststellen/bewaken toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit
Zorgverlener	Verantwoorde zorg leveren/doelmatig werken
Patiënt/verzekerde	Gezond leven/kritisch zijn jegens zorgverlener en zorgverzekeraar
Zorgverzekeraar	Doelmatig inkopen/aandacht houden voor kwaliteit van zorg/concurreren om gunst zorggebruiker

## 1.3 Conclusies

Afstemming tussen zorgverleners op lokaal en regionaal niveau over de zorgverlening aan patiënten met chronische aandoeningen komt maar schoorvoetend op gang. Het oordeel dat patiënten over dergelijke afstemmingsinitiatieven geven, bevestigt dit. Mensen met een chronische aandoening beoordeelden in 2005 de afstemming tussen zorgverleners, bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen en huisartsen, niet beter dan in 2002. Eén op de drie vindt de afstemming nog steeds matig of slecht. Dat betekent dat op dit punt de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken nog steeds verbetering behoeft.

Ongeveer een kwart van de mensen met een chronische aandoening vindt dat zorgverleners vrijwel nooit goede afspraken maken met elkaar. Als zij bij een andere zorgverlener komen, moet ongeveer de helft van de mensen met een chronische aandoening «meestal» of «altijd» zijn/haar verhaal opnieuw vertellen. Ook vindt ruim de helft van de mensen met een chronische aandoening (56%) dat de zorgverleners «vrijwel nooit» of alleen «soms» goed op de hoogte zijn van de afspraken die de patiënt heeft gemaakt met andere zorgverleners. Volgens 7% zijn de adviezen van de verschillende zorgverleners «meestal» of «altijd» tegenstrijdig.<sup>8</sup>

Wij hebben onze conclusies over de knelpunten in de afstemming tussen zorgverleners en de consequenties daarvan voor de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken in drie groepen ingedeeld: (1) conclusies over de landelijke beleidscyclus, (2) conclusies over de landelijke voorzieningen en (3) conclusies over de rollen van de verschillende betrokken partijen: de minister van VWS, zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten. We bespreken deze conclusies hieronder.

Aansluitend schetsen we enkele gevallen van geslaagde afstemming binnen de zorgverlening aan chronisch zieken.

### 1. De landelijke beleidscyclus

- De achtereenvolgende bewindspersonen van VWS hebben vanaf 1991 onvoldoende vooruitgang geboekt bij het verbeteren van de afstemming van zorg voor mensen met een chronische aandoening. In het beleid zijn geen meetbare doelstellingen (beoogde maatschappelijke effecten en prestaties conform de VBTB-systematiek) geformuleerd. De minister beschikt niet over volledige en actuele informatie aan de hand waarvan hij de effectiviteit van het beleid om afstemming in de zorg te bevorderen, kan monitoren. Door het ontbreken van deze informatie kan de minister zich geen goed oordeel vormen over het realiseren van zijn beleidsintentie (meer afstemming tussen zorgverleners), en over het antwoord op de vraag of de door hem ingezette instrumenten toereikend zijn. Er is als gevolg daarvan onvoldoende bekend over de resultaten van het beleid. Er kan dus niet worden vastgesteld of het beleid succesvol is geweest.
- De achtereenvolgende bewindspersonen van het Ministerie van VWS geven geen systematisch vervolg aan eenmaal ingezette beleidsactiviteiten op het gebied van afstemming in de zorg voor chronisch zieken. Ook worden signalen die uit beleidsevaluaties naar voren komen, niet systematisch door hen opgepakt.
- Over beleidsbeslissingen op het terrein van afstemming binnen de zorg wordt door het Ministerie van VWS onvoldoende gecommuniceerd met het veld. Zorgverleners vinden dat het ministerie tegenstrijdige signalen afgeeft door enerzijds marktwerking en concurreren te stimuleren en anderzijds samenwerking te bevorderen.

### 2. De landelijke voorzieningen

- De achtereenvolgende bewindspersonen van het Ministerie van VWS hebben zich sinds 1991 gecommitteerd aan het creëren van voorzieningen die betere voorwaarden voor samenwerken moeten scheppen. De betreffende faciliteiten, zoals het elektronisch patiëntendossier (EPD) en regionale structuren ter facilitering van afstemming, komen echter maar moeizaam van de grond.

<sup>8</sup> P.M. Rijken, NIVEL (2006). *Afstemming van de zorg vanuit het perspectief van chronisch zieken*. Resultaten van analyses op de databestanden van het Patiëntenpanel Chronisch zieken 2002 en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten 2005. De onderzoeksresultaten zijn beschikbaar op [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl).

### **3. De rollen van betrokken partijen**

- Het blijkt niet mogelijk om een volledig en actueel overzicht te krijgen van regionale en lokale afstemmingsinitiatieven tussen zorgverleners voor de twee onderzochte, potentieel chronische aandoeningen.
- Voor de zorgverleners betekent het ontbreken van informatie over afstemming dat het lastig is om te achterhalen of anderen met vergelijkbare initiatieven bezig zijn. Het gevolg is dat er onvoldoende gebruik kan worden gemaakt van elkaars ervaringen en dat er dubbel werk wordt verricht. De veelal tijdelijke projectfinanciering verhindert in de visie van de zorgverleners structurele voortzetting en daarmee verdere verspreiding van initiatieven. Zorgverleners denken nog weinig in termen van marktwerking en zorgproducten: er is onvoldoende informatie over de kosten en baten van afstemming.
- Ook zorgverzekeraars hebben belang bij informatie over afstemming tussen zorgverleners. Dat inzicht is nu onvoldoende. De zorgverzekeraars hebben in het nieuwe zorgstelsel meer verantwoordelijkheid gekregen voor het op elkaar afstemmen van de wensen van de patiënt en de mogelijkheden van de zorgverleners. Door het ontbreken van informatie kunnen zij die verantwoordelijkheid onvoldoende nemen. De zorgverzekeraars hebben verder de regelingen en programma's voor zorgvernieuwing tot nog toe slechts beperkt benut.
- Patiënten zouden goede zorg kunnen afdwingen door bij onvrede over te stappen naar een andere zorgverzekeraar die beter aan hun wensen tegemoet komt. Voorwaarde daarvoor is de beschikbaarheid van informatie over afstemmingsafspraken tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Het ontbreken van deze informatie is dus ook nadelig voor patiënten.
- De betrokkenheid van patiënten bij de samenwerking tussen zorgverleners blijkt nog beperkt te zijn. Dit betekent dat de door de minister van VWS nagestreefde omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg (waarbij wordt geluisterd naar wensen en ervaringen van patiënten en waarmee rekening wordt gehouden bij de inrichting van de zorg), nog extra aandacht verdient.
- Samenwerking ontstaat niet vanzelf, maar moet georganiseerd worden. Daarbij zijn in eerste instantie de zorgverleners zelf aan zet. Professionele autonomie en belangentegenstellingen tussen zorgverleners vormen een potentiële barrière.

#### **Gevallen van geslaagde afstemming**

Wij vinden het positief dat het aantal protocollen en richtlijnen (waarin veelal ook afspraken over de taakverdeling tussen zorgverleners zijn opgenomen) voor de twee door ons onderzochte aandoeningen sinds 2001 is toegenomen.

Een kanttekening die we hierbij wel moeten maken is dat het nog vooral om monodisciplinaire richtlijnen gaat: ze zijn niet door en/of voor verschillende beroepsgroepen in onderling overleg opgesteld. In de richtlijnen worden ook weinig verbindingen gelegd met de zorg die wordt verleend door bedrijfsartsen en re-integratieartsen («arbocuratieve zorg»).

Een ander positief initiatief dat wij willen vermelden is de ontwikkeling van veldnormen voor ketenkwaliteit. De formulering van deze «normen

voor toetsing van ketenkwaliteit in zorg en welzijn» zijn inmiddels in een gevorderd stadium.

#### Goede voorbeelden van zorgafstemming in de praktijk

- In één van de specifiek op de behandeling van depressie gerichte afstemmingsinitiatieven die wij hebben bezocht, wordt op systematische wijze gestreefd naar het aanbieden van een regionaal totaalaanbod van verschillende zorgverleners. Het betreft psychiatrische afdelingen van het academisch ziekenhuis en de regionale ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorginstelling, en op termijn de eerstelijnspsychologen en de huisartsen. Voor het tot stand brengen van deze regionale afstemming wordt eerst bekeken wat het huidige aanbod is van de afzonderlijke zorgverleners en wat daarin de dubbelingen en de hiaten zijn. Het bestaande aanbod wordt vervolgens gestroomlijnd en overzichtelijker gemaakt voor de eerstelijnszorg. Daarna kan dan worden bezien hoe de hiaten kunnen worden ingevuld.
- De implementatie en doorwerking van deze multidisciplinaire richtlijn depressie is door het Trimbos-instituut ter hand genomen via een landelijk basiszorgprogramma Depressie en via een implementatiestrategie om de multidisciplinaire richtlijn in onderdelen te implementeren (om te beginnen die welke door de betreffende regio als hoogste prioriteit worden aangemerkt).
- Eind 2002 is in een streekziekenhuis een diagnostisch «wervelkolomspreekuur» van start gegaan met als doel patiënten met een specifiek rugprobleem te detecteren uit de grote groep van patiënten met lage rugklachten. Zodoende kon een optimaal behandeladvies (in principe voor behandeling in de eerstelijnszorg) worden gegeven. Het is gelukt om op regionaal niveau tot behandelafspraken te komen, waarbij alle betrokken zorgverleners vanuit één visie werken en dezelfde taal spreken.
- In een «pijn- en rugpoli» die wij hebben bezocht is de behandeling van patiënten gebaseerd op een multidisciplinaire aanpak. Hierbij is sprake van samenwerking tussen bijvoorbeeld een revalidatiearts, een fysiotherapeut, een psychiater en zo nodig een neurochirurg.

#### 1.4 Aanbevelingen

De conclusies die wij in dit onderzoek trekken, zijn gebaseerd op lessen uit het verleden. In het nieuwe zorgstelsel hebben deze lessen hun waarde niet verloren. Wij plaatsen onze aanbevelingen aan de minister van VWS in het perspectief van het nieuwe zorgstelsel en de rollen die de partijen geacht worden waar te maken binnen dat nieuwe stelsel. Wij beogen met deze aanbevelingen bij te dragen aan verbetering van de kwaliteit van de zorg aan mensen met een chronische aandoening door betere afstemming tussen de verschillende betrokken partijen.

##### **Aanbevelingen betreffende de inrichting van de landelijke beleidscyclus**

- De minister van VWS zou moeten bevorderen dat de afstemming tussen zorgverleners aansluit op de eisen die de partijen in het zorgveld zelf daaraan stellen. Concreet betekent dit dat de minister het tot stand komen en de implementatie van multidisciplinaire richtlijnen actief zou moeten bevorderen. Voorts zouden de thans in ontwikkeling zijnde normen voor ketenkwaliteit op korte termijn geïmplementeerd moeten worden.
- De minister zou de partijen die betrokken zijn bij de zorg aan mensen met een chronische aandoening duidelijker moeten maken wat hij met zijn streven naar betere afstemming van de zorgverlening beoogt en hoe hij dat in praktijk wil bereiken. Belangrijk is daarbij dat duidelijk wordt hoe het streven naar samenwerking binnen de zorg zich verhoudt tot het streven naar meer concurrentie binnen diezelfde sector.

- Wij bevelen de minister aan zijn beleid te verduidelijken door toepassing van de VBTB-systematiek en door de formulering van SMART-geformuleerde doelstellingen. Daarbij moet de minister zich afvragen of de huidige beleidsinstrumenten wel volstaan om zijn doel te bereiken.
- Voor het monitoren van zijn doelstellingen op langere termijn raden wij de minister van VWS aan de IGZ jaarlijks te laten rapporteren over de behaalde resultaten en effecten van de kwaliteit van de zorg. Daarbij kan hij aansluiting zoeken bij de informatie die zorginstellingen vanaf 2006 onder de Regeling Verslaggeving Wet Toelating Zorginstellingen moeten aanleveren.<sup>9</sup> Wij roepen de minister op ook de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor individueel werkende zorgverleners (waaronder huisartsen en andere zorgverleners in de eerstelijnszorg) voortvarend ter hand te (blijven) nemen.
- Bij adequaat monitoren hoort ook dat de minister zich regelmatig op de hoogte stelt (bijvoorbeeld door middel van meetings met praktijkdeskundigen of door middel van een actief onder de aandacht gebracht meldpunt voor hinderlijke regelgeving in de zorg) van de knelpunten waarmee partijen in het zorgveld kampen bij het organiseren van afstemming.

#### **Aanbevelingen betreffende de voorzieningen om afstemming te vergemakkelijken**

- Binnen de zorgverlening is inmiddels een variëteit aan (veelal instellingsgebonden) EPD's ontstaan. De noodzaak om aan te sluiten bij het landelijk EPD wordt niet overal gevoeld. Wij ondersteunen de recente inzet van de minister voor een snelle totstandkoming van het EPD, maar vragen daarbij meer aandacht voor het creëren van draagvlak binnen de sector.
- Een regionale structuur die het tot stand komen van afstemmingsafspraken bevordert en kan faciliteren, is voor de eerstelijnszorg nog niet goed van de grond gekomen. De minister van VWS ziet voor de Regionale Ondersteuningstructuren (ROSSen) het «bevorderen van samenwerking» als mogelijke kernactiviteit, maar laat inrichting en positie verder geheel over aan veldpartijen. Wij bevelen de minister aan om met de zorgverzekeraars uitdrukkelijke afspraken te maken over de taken van de ROSSen, bijvoorbeeld in de vorm van een convenant.
- Onder zorgverleners blijkt behoefte te bestaan aan kennisinstututen die informatie verstrekken over de implementatie van afstemming. Wij bevelen de minister van VWS aan het exploreren en exploiteren van informatie over afstemmingsinitiatieven via kennisinstututen te stimuleren, op een zodanige wijze dat continuïteit van kennisontwikkeling gewaarborgd is. De minister zou moeten stimuleren dat er door systematische evaluatie van initiatieven *evidence* beschikbaar komt: bewijs dat afstemming werkt. Voorts zouden deze instututen brede bekendheid moeten geven aan zowel *best* als *worst practices*.

<sup>9</sup> In het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording zijn instellingen verplicht informatie op te nemen over hun prestaties bij de invulling van het kwaliteitsbeleid, kwaliteitsbewaking en -verbetering, klantbejegening, continuïteit van zorg, en afstemming in de keten en ketenzorg.

#### **Aanbevelingen betreffende de rolvulling van alle betrokken partijen**

- Door het stellen van kwaliteitseisen aan zorgverleners kan de minister bevorderen dat zorgverleners hun samenwerking minder vrijblijvend gaan organiseren. Het normenkader voor toetsing van ketenkwaliteit

van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) (gericht op certificering) kan hieraan bijdragen. De normensets uit dit kader die gericht zijn op een centrale positie van de patiënt en op de organisatie en taken van ketenpartners, sluiten goed aan bij de succesfactoren uit ons veldonderzoek, waarover wij gesproken hebben met verschillende zorgverleners. Wij bevelen de minister van VWS aan het gebruik van dit normenkader te bevorderen en in een stappenplan te (laten) beschrijven hoe de implementatie ervan kan plaatsvinden. Een praktische handreiking voor het starten van een afstemmings-initiatief kan daar deel van uitmaken.

- Door het stellen van kwaliteitseisen kan de minister van VWS ook bevorderen dat zorgverleners patiënten beter gaan betrekken bij afstemmingsafspraken. Het eerdergenoemde normenkader voor toetsing van ketenkwaliteit kan ook hieraan bijdragen. Wij hebben in dit verband kennisgenomen van de voorlopige gedachten van de minister voor een Zorgconsumentenwet. Wij bevelen de minister aan in de studie die verricht wordt naar de meerwaarde van deze wet ook de vraag te betrekken of patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken als een recht voor de zorgconsument kan worden geformuleerd.
- Met de Zorgverzekeringswet wordt de zorgverzekeraars veel ruimte gelaten om de verzekerde zorg op een doelmatige wijze in te kopen. Gegeven hun beoogde rol in het zorgstelsel zou de minister de zorgverzekeraars uitdrukkelijker moeten aanspreken (bijvoorbeeld in de vorm van een convenant) op hun verantwoordelijkheid voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg. De minister zou op dit punt bovendien de vinger aan de pols moeten houden.
- Uit ons onderzoek blijkt dat (tijdelijke) financiering van projecten om afstemming binnen de zorgverlening te faciliteren, niet automatisch leidt tot structurele voortzetting en verdere verspreiding van de initiatieven. De ontwikkeling van een passende financieringsstructuur is dus wenselijk. Wij bevelen de minister van VWS aan de ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) voor de transmurale en de ketenzorg voortvarend ter hand te nemen. Dergelijke DBC's voorzien in een samenhangende financiering van zorg die door zorginhoudelijk deskundige zorgverleners moet worden geleverd. Daarbij is één beroepsbeoefenaar of instelling verantwoordelijk voor het transmurale zorgproces, dan wel voor de zorgketen.
- Zorgverleners hebben nog moeite om in termen van marktwerking en zorgproducten te denken. In het verlengde hiervan speelt de vraag of blijvende samenwerking en afstemming geld kost of juist geld oplevert. Wij bevelen de minister aan de NZa aan te sporen tot het uitbrengen van periodieke rapportages waarin prijs/kwaliteitverschillen van best practices tot uitdrukking worden gebracht.

## **2 BESTUURLIJKE REACTIE EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER**

### **2.1 Reactie van de minister van VWS**

De minister van VWS geeft in zijn reactie aan met belangstelling kennis te hebben genomen van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer. Het onderzoek geeft een beeld van de ontwikkelingen van 1991 tot 2006 en markeert volgens de minister een omslagpunt, omdat het samenvalt met de start van het nieuwe zorgstelsel per 2006. De beschreven voorbeelden laten volgens hem zien dat de zorg voor chronisch zieken in de afgelopen vijftien jaar een enorme ontwikkeling heeft doorgemaakt en sterk is verbeterd. Het onderzoek laat ook zien dat het nog beter kan en de minister beschouwt het onderzoek dan ook als een nulmeting bij de start van het nieuwe zorgstelsel.

De minister wijst vervolgens op de veranderingen in de wetgeving over het zorgstelsel die nog geen gevolgen hebben gehad voor de onderzochte periode. Zo wordt in het nieuwe zorgstelsel meer ruimte en verantwoordelijkheid gegeven aan zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten. Het beleid is er verder op gericht om meer marktprikkels in de zorg te introduceren. De minister is er van overtuigd dat meer marktwerking een belangrijke bijdrage zal leveren aan verbeteringen in de kwaliteit van de zorg, dus ook in de voor mensen met een chronische aandoening zo belangrijke samenwerking in de zorgketen. Het is cruciaal dat de samenwerking is gericht op een betere behartiging van de consumentenbelangen; marktwerking beloont immers de aanbieders die er het best in slagen deze samenwerking in ketenverband gestalte te geven. Marktwerking en samenwerking kunnen dus volgens de minister heel goed samen gaan. Hoewel zijn departement veel prioriteit geeft aan de communicatie met het veld hierover, dit is voor het veld niet altijd een eenvoudige en daardoor kennelijk soms als tegenstrijdig ervaren boodschap, die veel vergt van het aanpassingsvermogen. Op de specifieke conclusies en aanbevelingen reageert de minister als volgt.<sup>10</sup>

#### **Landelijke beleidscyclus**

De minister van VWS meldt dat de VBTB-conformiteit van de begroting met ingang van de Begroting 2007 wordt verbeterd. De artikelindeling is aangepast aan de beleidsterreinen van VWS en binnen elk artikel zijn de doelstellingen geconcretiseerd. Waar mogelijk zijn deze doelstellingen meetbaar gemaakt door prestatie-indicatoren op te nemen.

Onze aanbeveling was meer duidelijk te maken wat met het streven naar betere afstemming van de zorgverlening wordt beoogd en hoe het streven naar samenwerking binnen de zorg zich verhoudt tot het streven naar meer concurrentie. De minister stelt in zijn reactie dat zorgaanbieders hun posities nog moeten leren innemen en «de regels van het spel» nog moeten leren. Hij wil hen daarbij ondersteunen. Samen met de NMa, NZa en het Ministerie van Economische Zaken worden daarvoor instrumenten ontwikkeld. Zo heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) richtsnoeren ontwikkeld voor de mogelijkheden voor samenwerking binnen de Mededingingswet. Er blijken daarvoor meer mogelijkheden te zijn dan partijen in eerste instantie dachten. De minister zal met de betrokken koepels nagaan of de komende tijd nieuwe initiatieven op dit gebied moeten worden ontwikkeld.

---

<sup>10</sup> De volledige tekst van de brief van de minister is terug te vinden op de website van de Algemene Rekenkamer ([www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl)).

De minister ondersteunt onze aanbeveling om de IGZ jaarlijks te laten rapporteren over de behaalde resultaten en effecten van de kwaliteit van zorg. De IGZ geeft in haar werkplan voor 2007 specifiek aandacht aan de risicoanalyse van ketenzorg in verschillende inspectieprogramma's. Over de aanbeveling om regelmatig informatie in te winnen over knelpunten die veldpartijen ervaren bij het organiseren van samenwerking en afstemming meldt de minister dat nog in 2006 een «vliegende brigade» zal worden opgericht die het zorgveld gaat helpen bij het oplossen van problemen met de uitvoering, regellasten en bureaucratie. Strijdige en knellende regelgeving in de zorg kan het veld melden bij het Meldpunt Strijdige Regelgeving van het Ministerie van Economische Zaken.

### **Landelijke voorzieningen**

De minister is terughoudend in het op centraal niveau met zorgverzekeraars afspraken maken over de van hen te verwachten inzet bij de ontwikkeling van regionale ondersteuningsstructuren. Hij heeft globaal aangegeven welke taken de regionale ondersteuningsstructuren moeten leveren; hoe dit decentraal wordt ingevuld is een zaak van de veldpartijen. De minister meldt dat partijen binnen het Landelijke Overleg Versterking Eerstelijnszorg werken aan voorstellen om de opzet van de regionale ondersteuning te verbeteren (zoals betere communicatie naar het veld over de ondersteuningsactiviteiten, het gezamenlijk opstellen van een regioplan en grotere participatie van zorgaanbieders en patiëntenorganisaties bij de ondersteuningsstructuren). Deze werkwijze past in zijn visie beter dan het voorstel van de Rekenkamer in het beleid van het ministerie en de verantwoordelijkheden van partijen. In aanvulling hierop meldt de minister dat het kabinet het belangrijk vindt dat de samenwerking in de eerstelijnszorg breder is dan alleen die in de curatieve zorg.<sup>11</sup> Juist vanuit het perspectief van de burger is samenwerking tussen curatieve zorg, care en maatschappelijke ondersteuning belangrijk. Het kabinet onderzoekt welke maatregelen binnen de bestaande systemen bijdragen aan het tot stand laten komen van eerstelijnszorg met die kenmerken. De minister wijst in dit verband op initiatieven om afstemming in de AWBZ-sector te stimuleren. Hij noemt daarbij het programma Zorg voor beter, dat in 2005 is gestart en waarbinnen onder meer het Landelijk Dementie Programma wordt uitgevoerd.

Als reactie op onze conclusie dat patiënten, zorgverzekeraars en zorgverleners niet over transparante en actuele informatie aangaande regionale en lokale afstemmingsinitiatieven beschikken, meldt de minister dat in zijn beleid goede (kwalitatieve) keuze-informatie een cruciale rol speelt. Een nieuw op te richten instituut gaat zorgdragen voor het (laten) ontwikkelen van een standaard voor het meten van klantervaringen, gaat de metingen regisseren en de uitkomsten op gestandaardiseerde wijze verzamelen. Daarnaast heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in opdracht van VWS een zorgportaal gerealiseerd (kiesbeter.nl), waarop consumenten, verzekeraars en zorgaanbieders keuze-informatie vinden over ziekenhuizen, zorgverzekeringen, medicijnkosten en verpleeg- en verzorgingstehuizen. In de loop van 2007 en 2008 wordt de site uitgebreid met kwaliteitsinformatie en keuze-informatie over andere sectoren: thuiszorg, eerstelijnszorg, gehandicaptenzorg en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

<sup>11</sup> Het kabinet heeft dit standpunt ingenomen mede op grond van de IBO-rapportage over de AWBZ (brief van 9 juni 2006 aan de Tweede Kamer).

Op onze aanbeveling meer aandacht te geven aan het creëren van draagvlak in het zorgveld bij de ontwikkeling en implementatie van het EPD, meldt de minister dat, nu de daadwerkelijke implementatie ervan in



volle gang is, dit najaar de voorlichting aan betrokkenen in het zorgveld wordt versterkt.

### **Rollen van partijen**

Het kabinet vindt het belangrijk om ketenkwaliteit als bouwsteen vanuit het IBO-AWBZ rapport uit te werken, en in dit verband te bezien of indicatoren voor verantwoorde ketenzorg kunnen worden ontwikkeld.<sup>12</sup> De minister beschouwt het concept normenkader voor ketenkwaliteit dat de stichting HKZ op zijn verzoek ontwikkelt als een zinvol toetsingsinstrument voor partners in een zorgketen om tot goede onderlinge afspraken te komen over de dienstverlening. De minister is het met ons eens dat een stapsgewijze benadering een goede aanpak is, en meldt dat HKZ daaraan inmiddels gevolg geeft in de handreiking.

Naar aanleiding van de aanbeveling om in de studie naar de meerwaarde van de Zorgconsumentenwet de vraag te betrekken of patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken als een recht voor de zorgconsument kan worden geformuleerd, meldt de minister dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) naar verwachting eind oktober 2006 een advies zal uitbrengen over deze wet. Om beter inzicht te krijgen in het functioneren van patiëntenrechten in de praktijk zal de IGZ daarnaast in de Staat van de Gezondheidszorg 2006 aandacht besteden aan patiëntenrechten. De minister verwacht dat beide rapporten ingaan op de waarborgen voor patiënten/consumenten ten aanzien van de onderlinge afstemming tussen zorgverleners die voor één zorgconsument actief zijn.

De minister zal geen gevolg geven aan onze aanbeveling om met de zorgverzekeraars concrete afspraken te maken over de inzet die hij van hen verwacht om de kwaliteit van zorg te bevorderen. Hij gaat in zijn sturingsfilosofie uit van het leggen van verschillende verantwoordelijkheden bij verschillende partijen. Verzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van goede zorg, waaronder ketenzorg. Hij vertrouwt erop dat dit ook gaat gebeuren.

De Algemene Rekenkamer heeft de minister aanbevolen de ontwikkeling van DBC's voor de transmurale en de ketenzorg voortvarend ter hand te nemen en de NZa aan te sporen tot het publiceren van *best practices*. De minister schrijft in zijn reactie dat hij als het ware door de praktijk wordt ingehaald. De komende drie jaar wordt namelijk via een tiental experimenten ervaring opgedaan met de ketenzorg DBC diabetes. Ondertussen blijkt deze aanpak van ketenzorg via zorggroepen zo succesvol dat de verzekeraars ook al buiten deze experimenten om ketencontracten met zorggroepen afsluiten. De minister vindt dit een uitstekende ontwikkeling, waaruit blijkt dat met de ontwikkeling van ketenzorg DBC een veelbelovende weg is ingeslagen.

## **2.2 Nawoord Algemene Rekenkamer**

Wij stellen vast dat de minister van VWS veel van onze aanbevelingen onderschrijft, verwijzend naar (voorgenomen) trajecten die moeten bijdragen aan de oplossing van de geconstateerde tekortkomingen. Het betreft verbeteringen in de communicatie met het zorgveld over samenwerking en marktwerking, specifieke aandacht van de IGZ voor ketenzorg in haar risicoanalyses, oprichting van een «vliegende brigade» die het zorgveld gaat helpen bij het oplossen van problemen in de uitvoering, implementatie van een normenkader voor ketenkwaliteit, studie naar de

---

<sup>12</sup> Zie de eerdergenoemde brief van 9 juni 2006 aan de Tweede Kamer naar aanleiding van de IBO-rapportage over de AWBZ.

meerwaarde van een zorgconsumentenwet en de ontwikkeling van DBC's voor keten- en transmurale zorg.

Wij stellen met instemming vast dat de minister het belang van afstemming tussen zorgverleners verbreedt naar de sectoren care en maatschappelijke ondersteuning.

De reactie van de minister geeft ons wel aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Om draagvlak voor het landelijke EPD te creëren wil de minister meer voorlichting geven aan de zorgaanbieders. Uit ons onderzoek is gebleken dat de bereidheid tot aansluiting bij het EPD onder zorgaanbieders beperkt is. Wij pleiten ervoor de voorlichting goed aan te laten sluiten bij de pijnpunten van de zorgaanbieders; daarvoor is inzicht nodig in kosten en baten van aansluiting. De minister zou tussentijds moeten evalueren of voorlichting het beoogde effect oplevert.

Wij waarderen de inspanningen van de minister voor het realiseren van een digitaal platform met kwaliteitsgegevens, maar vinden het jammer dat hij niet ingaat op onze aanbevelingen om systematische evaluatie van afstemmingsinitiatieven en rapportages over prijs/kwaliteitverschillen van best practices te stimuleren.

Op het punt van de bereikte resultaten na vijftien jaar beleid is de minister optimistischer dan de resultaten van het onderzoek toelaten. Onze conclusie is dat ketenzorg aan patiënten met een chronische aandoening in die vijftien jaar slechts schoorvoetend op gang is gekomen; het oordeel van patiënten over afstemmingsinitiatieven bevestigt dit.

Ook de minister onderkent dat de zorg voor patiënten met een chronische aandoening beter kan. Hij is ervan overtuigd dat het nieuwe zorgstelsel dit door meer marktwerking in de zorg gaat realiseren en is daarom terughoudend in zijn bemoeienis met de rolinvulling van partijen in het zorgveld. Hij wil bijvoorbeeld niet met zorgverzekeraars concrete afspraken maken over hun inzet, omdat dit indruist tegen zijn sturingsfilosofie.

De veranderingen in de wetgeving over het nieuwe zorgstelsel zijn inderdaad van recente datum, zoals de minister aangeeft. Maar het Ministerie van VWS heeft in de aanloopfase naar het nieuwe stelsel – los van wetgeving – al tal van stappen gezet en prikkels ingebouwd om het innovatieve en zelfregulerende vermogen van de zorgsector te vergroten (zoals het stimuleren van maatschappelijk ondernemerschap van de zorgaanbieders, het bevorderen van de emancipatie van chronisch zieken en het openstellen van programma's voor zorgvernieuwing voor zorgverzekeraars).

De minister beschouwt ons onderzoek als een «nulmeting». Wij merken op dat eerdere onderzoeken (van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) in 1998 en van de IGZ in 2003) al conclusies lieten zien die vergelijkbaar zijn met die van ons.

Conclusies	Aanbevelingen	Reactie minister van VWS	Nawoord Algemene Rekenkamer
<p><b>Landelijke beleidscyclus</b></p> <p>De minister heeft geen meetbare doelstellingen in zijn beleid geformuleerd; hij geeft geen systematisch vervolg aan beleidsactiviteiten en aan signalen.</p> <p>Over beleidsbeslissingen op het terrein van afstemming binnen de zorg wordt door het ministerie onvoldoende gecommuniceerd met het veld. Zorgverleners vinden dat het ministerie tegenstrijdige signalen afgeeft door enerzijds marktwerking en concurrentie te stimuleren en anderzijds samenwerking te bevorderen.</p> <p>Er is onvoldoende bekend over de resultaten van het beleid.</p>	<p>1 Het beleid verduidelijken door toepassing van de VBTB-systeematiek en door de formulering van SMART-geformuleerde doelstellingen.</p> <p>2 Duidelijk maken wat met het streven naar betere afstemming van de zorgverlening wordt beoogd. Belangrijk is dat duidelijk wordt hoe het streven naar samenwerking binnen de zorg zich verhoudt tot het streven naar meer concurrentie binnen diezelfde sector.</p> <p>3 Actief monitoren door (a) IGZ te verzoeken jaarlijks te rapporteren over de behaalde resultaten en effecten van de kwaliteit van zorg en (b) regelmatig informatie inwinnen (bijvoorbeeld via het meldpunt hinderlijke regelgeving in de zorg of via periodieke meetings met praktijkdeskundigen) over knelpunten die veldpartijen ervaren bij het organiseren van samenwerking en afstemming.</p>	<p>1 De VBTB-conformiteit van de begroting wordt met ingang van de Begroting 2007 verbeterd. De artikelindeling is aangepast en binnen elk artikel zijn doelstellingen geconcretiseerd en waar mogelijk meetbaar gemaakt door prestatie-indicatoren op te nemen.</p> <p>2 Samen met de NMa, NZa en het Ministerie van Economische Zaken worden instrumenten ontwikkeld om zorgaanbieders te ondersteunen. De minister zal met de betrokken koepels nagaan of de komende tijd nieuwe initiatieven op dit gebied moeten worden ontwikkeld.</p> <p>3 (a) De IGZ geeft in haar werkplan voor 2007 specifiek aandacht aan de risicoanalyse van ketenzorg in verschillende inspectieprogramma's. (b) De minister zal nog in 2006 een «vliegende brigade» oprichten die het zorgveld gaat helpen bij het oplossen van problemen met de uitvoering, regellasten en bureaucratie. Strijdige en knellende regelgeving in de zorg kan het veld melden bij het Meldpunt Strijdige Regelgeving van het Ministerie van Economische Zaken.</p>	
<p><b>Landelijke voorzieningen</b></p> <p>Faciliteiten om betere voorwaarden voor afstemming te scheppen (zoals regionale structuren en het EPD) komen moeizaam van de grond.</p>	<p>Regionale structuren: zie aanbeveling 8.</p> <p>4 Continuïteit van kennisontwikkeling waarborgen: bevorderen van systematische evaluatie van afstemmingsinitiatieven en brede verspreiding van de resultaten daarvan. Het gaat om bewijs dat afstemming werkt (<i>evidence</i>), om <i>best</i> en <i>worst practises</i>, en om informatie over kosten en baten van afstemming. De kennisinstututen kunnen hierin een belangrijke rol vervullen.</p> <p>5 EPD: aandacht geven aan het creëren van draagvlak in het zorgveld.</p>	<p>4 Een nieuw op te richten instituut gaat zorgdragen voor het (laten) ontwikkelen van een standaard voor het meten van klantervaringen, de metingen regisseren en de uitkomsten op gestandaardiseerde wijze verzamelen. Het RIVM heeft een zorgportaal gerealiseerd met (in de komende jaren verder uit te breiden) keuze-informatie voor consumenten, verzekeraars en zorgaanbieders.</p> <p>5 Najaar 2006 wordt de voorlichting aan betrokkenen in het zorgveld versterkt.</p>	<p>4 Wij vinden het jammer dat de minister niet ingaat op onze aanbevelingen om systematische evaluatie van afstemmingsinitiatieven en rapportages over prijs/kwaliteitsverschillen van good practices te stimuleren.</p> <p>5 De voorlichting moet goed aansluiten bij de pijnpunten van de zorgaanbieders; daarvoor is inzicht nodig in kosten en baten van aansluiting bij het landelijk EPD. De minister zou tussentijds moeten evalueren of voorlichting het beoogde effect oplevert.</p>

Conclusies	Aanbevelingen	Reactie minister van VWS	Nawoord Algemene Rekenkamer
<b>Rollen van (veld)partijen</b> Patiënten, zorgverzekeraars en zorgverleners beschikken niet over transparante en actuele informatie over regionale en lokale afstemmingsinitiatieven.	Zie aanbeveling 4.		
Samenwerking ontstaat niet vanzelf, maar moet georganiseerd worden. Daarbij zijn in eerste instantie de zorgverleners zelf aanzet. Professionele autonomie en belangentegenstellingen tussen zorgverleners vormen een potentiële barrière.	6 Stimuleren van het gebruik van het HKZ-normenkader voor ketenkwaliteit. Beschrijving van een stappenplan hoe de implementatie van het normenkader kan plaatsvinden en ontwikkeling van een praktische handreiking voor het starten van een afstemmingsinitiatief.	6 De minister beschouwt het concept normenkader van de HKZ als een zinvol toetsingsinstrument voor partners in een zorgketen. HKZ geeft gevolg aan een stapsgewijze benadering in de handreiking.	
Patiëntbetrokkenheid is beperkt.	7 In de studie naar de meerwaarde van de Zorgconsumentenwet ook de vraag betrekken of patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken als een recht voor de zorgconsument kan worden geformuleerd.  Zie ook aanbeveling 6.	7 De minister verwacht dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (eind oktober 2006 in zijn advies over een Zorgconsumentenwet) en de IGZ (in de Staat van de Gezondheidszorg 2006) hierop zullen ingaan.	
Zorgverzekeraars hebben de regelingen en programma's voor zorgvernieuwing onvoldoende benut.	8 Met de zorgverzekeraars concrete afspraken maken over de van hen verwachte inzet, bijvoorbeeld in een convenant (over onder meer taken van de ROSsen ten aanzien van de bevordering van afstemming en over hun inzet voor het bevorderen van de kwaliteit in de zorg).	8 De minister is hierin terughoudend omdat deze werkwijze niet goed past in zijn beleid/sturingsfilosofie en verantwoordelijkheden van partijen. Ten aanzien van de ROSsen wijst hij op inspanningen van veldpartijen binnen het Landelijke Overleg Versterking Eerstelijnszorg. Ten aanzien van de kwaliteit van zorg vertrouwt hij erop dat verzekeraars hun verantwoordelijkheid voor de inkoop van goede zorg zullen waarmaken.  Omdat samenwerking in de eerstelijnszorg breder is dan alleen die in de curatieve zorg (maar ook de care en maatschappelijke ondersteuning betreft), onderzoekt het kabinet welke maatregelen daaraan bijdragen. De minister verwijst daarbij naar initiatieven om afstemming in de AWBZ-sector te stimuleren.	Wij stellen met instemming vast dat de minister het belang van afstemming tussen zorgverleners verbreed naar de sectoren care en maatschappelijke ondersteuning.
Afstemmingsinitiatieven komen schoorvoetend op gang. De veelal tijdelijke projectfinanciering verhindert in de visie van de zorgverleners structurele voortzetting en daarmee verdere verspreiding van initiatieven.	9 Ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) voor de transmurale en de ketenzorg voortvarend ter hand nemen en de NZa aansporen tot het uitbrengen van periodieke rapportages waarin prijs/kwaliteitsverschillen van best practices tot uitdrukking worden gebracht.	9 De aanpak van ketenzorg via zorggroepen blijkt zo succesvol dat de verzekeraars ook al buiten de experimenten voor diabetes om ketencontracten met zorggroepen afsluiten.	9 Wij vinden het jammer dat de minister niet ingaat op onze aanbevelingen om systematische evaluatie van afstemmingsinitiatieven en rapportages over prijs/kwaliteitsverschillen van good practices te stimuleren.
Zorgverleners denken nog weinig in termen van marktwerking en zorgproducten: er is onvoldoende informatie over de kosten en baten van afstemming.			

## **Deel II: onderzoeksbevindingen**



<b>Inhoud</b>	<b>blz.</b>	
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>27</b>
1.1	Achtergrond	27
1.2	Onderzoek Algemene Rekenkamer	28
1.3	Betrokken partijen en hun verantwoordelijkheden	29
1.4	Opzet onderzoeksrapport	31
<b>2</b>	<b>Ervaringen van patiënten</b>	<b>32</b>
2.1	Samenvatting	32
2.2	Ervaringen van patiënten met een chronische aandoening	32
<b>3</b>	<b>Afstemmingsafspraken in de praktijk</b>	<b>35</b>
3.1	Samenvatting	35
3.2	Kenschets van afstemmingsafspraken	36
3.2.1	Afstemming rond chronisch-depressieve patiënten	36
3.2.2	Afstemming rond patiënten met rug-, nek- en schouderklachten	38
3.3	Totstandkoming afspraken en werking in de praktijk	40
3.3.1	Wie neemt het initiatief tot afstemming?	40
3.3.2	Wat is het motief om te gaan samenwerken?	40
3.3.3	Zijn de patiënten betrokken bij de samenwerking?	41
3.3.4	Wat zijn de succes- en faalfactoren?	43
3.3.5	Wat leveren afstemmingsafspraken op?	44
<b>4</b>	<b>Landelijk beleid</b>	<b>46</b>
4.1	Samenvatting	46
4.2	Beleidskader	48
4.3	Protocolontwikkeling	53
4.4	Stimuleringsprogramma's	54
4.4.1	Stimuleringsprogramma's van VWS	54
4.4.2	Stimuleringsgelden van de zorgverzekeraars	55
4.5	Landelijke voorzieningen	56
4.5.1	Regionale structuren	56
4.5.2	Onderwijskundige invulling van ketenzorg	58
4.5.3	Elektronisch patiëntendossier	59
4.5.4	Meldpunt hinderlijke regelgeving	60
4.5.5	Veldnormen voor ketenzorg	60
<b>Bijlage 1:</b>	<b>Gebruikte afkortingen</b>	<b>62</b>
<b>Bijlage 2:</b>	<b>Toelichting onderzoeksaanpak</b>	<b>64</b>
<b>Bijlage 3:</b>	<b>Actoren en hun verantwoordelijkheden</b>	<b>68</b>
<b>Bijlage 4:</b>	<b>Beleidsanalyse</b>	<b>70</b>
<b>Bijlage 5:</b>	<b>Protocollen en richtlijnen</b>	<b>76</b>
<b>Bijlage 6:</b>	<b>Stimuleringsprogramma's VWS</b>	<b>78</b>
<b>Bijlage 7:</b>	<b>Financiering van de bezochte initiatieven</b>	<b>79</b>





## 1 INLEIDING

### 1.1 Achtergrond

Patiënten met een chronische aandoening hebben veelal met verschillende zorgverleners te maken. Voor deze groep patiënten is het daarom van belang dat er tussen de zorgverleners goede afspraken bestaan over zowel de inhoud van de zorg (beroepsinhoudelijke standaarden, richtlijnen en protocollen waaraan zij zich houden) als de organisatie van de zorg (onderlinge samenwerking, wachtlijstreductie, informatie-uitwisseling en dergelijke).<sup>13</sup>

Gebrekkige afstemming tussen zorgverleners kan leiden tot risicovolle momenten in de zorgverlening. Deze risico's hebben om te beginnen betrekking op de patiëntenzorg zelf. Zo kunnen niet op elkaar afgestemde recepten of tegenstrijdige medische adviezen leiden tot verkeerd medicijngebruik, eetgedrag en dergelijke. Maar de risico's slaan ook terug op de organisatie van de zorg. Te denken valt aan niet op elkaar afgestemde behandelafspraken, die kunnen leiden tot onnodig lange doorlooptijden.

Dat deze risico's zich in de praktijk daadwerkelijk voordoen blijkt uit de volgende voorbeelden:

- Naar schatting van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers zijn er jaarlijks 90 000 ziekenhuisopnames als gevolg van vermijdbare medicatiefouten. Gemiddeld gaat het om meer dan 200 gevallen per dag. Oorzaak: ziekenhuizen, apothekers en huisartsen blijken niet op de hoogte van elkaars voorschrijfgedrag. De kosten zouden op jaarbasis naar schatting tussen de € 190 en € 430 miljoen bedragen.<sup>14</sup>
- Uit onderzoek blijkt dat bijna 800 000 Nederlanders van 18 jaar en ouder (6,1%) ooit te maken hebben gehad met medische overdrachtsfouten. In 2003 ging het om 161 000 personen, die als gevolg van deze overdrachtsfouten extra zorg behoeften. De kosten hiervan zouden jaarlijks rond € 1,5 miljard uitkomen.<sup>15</sup>
- Lange wachtlijsten en gebrekkige afstemming tussen zorgverleners staan in de top-twintig van meest voorkomende klachten over de gezondheidszorg. Deze klachteninventarisatie wordt jaarlijks opgesteld door het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) van de Regionale Patiënten/Consumenten Platforms.

<sup>13</sup> Patiënten met een chronische aandoening hebben volgens IGZ (2003) met gemiddeld acht verschillende zorgverleners te maken. Daarnaast lijden veel patiënten aan verschillende chronische aandoeningen tegelijkertijd («comorbiditeit»). Volgens de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad, 2002) heeft naar schatting 30% van de mensen met een chronische ziekte of handicap te maken met een combinatie van ziektes en handicaps.

<sup>14</sup> Homepage Nationaal ICT Instituut in de Zorg ([www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)); geraadpleegd in december 2005).

<sup>15</sup> TNS-NIPO (2004). *Fouten worden duur betaald*.

<sup>16</sup> Deze omschrijving is gebaseerd op de definitie van ketenzorg die wordt gehanteerd door de IGZ.

<sup>17</sup> IGZ (2003). *Staat van de gezondheidszorg 2003; ketenzorg bij chronisch zieken*.

De minister van VWS onderkent dat afstemming tussen zorgverleners een belangrijk kwaliteitsbepalend aspect is van de zorg. Afstemmingsafspraken tussen zorgverleners zijn volgens de minister een belangrijke voorwaarde voor de continuïteit van de zorg voor patiënten. Zijn beleid is er daarom op gericht een goede regionale structuur te realiseren waarin specifieke afspraken kunnen worden gemaakt over afstemming en over ketenzorg, oftewel: zorgverlening waarbij de zorginspanningen van verschillende zorgverleners voor patiënten met een bepaalde ziekte één samenhangend geheel vormen.<sup>16</sup>

In weerwil van de goede intenties van de minister zijn er al enige tijd signalen dat het stimuleren van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners onvoldoende vruchten afwerpt. Zo constateerde de IGZ in 2003 dat de beoogde ketenzorg nog niet structureel van de grond kwam. Bovendien bleek dat ruim een kwart van de chronische patiënten die te maken had met verscheidene zorgverleners, de afstemming en samenwerking tussen hen als matig of slecht had ervaren.<sup>17</sup>

Gezien de hiervoor geschetste risico's die het ontbreken van afstemming met zich meebrengt, hebben we hier te maken met een serieus probleem. Daar komt bij dat het een grote groep mensen betreft.<sup>18</sup>

## 1.2 Onderzoek Algemene Rekenkamer

De Algemene Rekenkamer heeft tussen mei 2005 en mei 2006 een onderzoek uitgevoerd naar de afstemming in de zorg. Ons onderzoek bouwt voort op het eerdergenoemde onderzoek van IGZ uit 2003 en richt zich op de vraag: wat komt er anno 2006 in de praktijk terecht van het maken van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners die binnen de gezondheidszorg werkzaam zijn? Wij onderzochten in welke mate het beleid van de minister van VWS afstemmingsafspraken tussen zorgverleners over zorg aan mensen met een chronische aandoening stimuleert. Wij hebben ons onderzoek geconcentreerd op de zorgverlening rond twee chronische aandoeningen<sup>19</sup> die een relatief grote instroom in arbeidsondeschiktheidsregelingen geven:<sup>20</sup> depressie (een psychische aandoening) en rug-, nek- en schouderklachten (een somatische aandoening). Aan de hand van deze twee ziektebeelden hebben we gezocht naar algemene lessen voor de zorgverlening, bijvoorbeeld in de vorm van succes- en faalfactoren.

### Chronische aandoeningen: twee casussen

#### *Depressie*

Zo'n 800 000 Nederlanders lijden aan depressiviteit. De directe medische kosten voor de behandeling van dit ziektebeeld bedroegen in 2003 € 660 miljoen. De belangrijkste kenmerken van een depressie zijn een sombere stemming en het verlies van interesse en plezier. Daarnaast is er sprake van andere klachten, zoals slaapstoornissen of concentratieproblemen.

Voor een depressie is vrijwel nooit één oorzaak aan te wijzen; veelal gaat het om een combinatie van factoren van biologische, psychische en/of psychosociale aard. Als eenmaal de stap naar de hulpverlening is gezet, is een depressie vaak goed te behandelen. De mogelijke behandeling omvat gesprekken maar ook leefregels, bewegen, creatieve therapie en dergelijke. Als deze behandeling onvoldoende werkt, kan worden overgegaan tot medicatie en een intensievere klinische behandeling.

#### *Rug-, nek- en schouderklachten*

In de huisartsenpraktijk heeft 9% van de klachten betrekking op het bewegingsapparaat. In een gemiddelde huisartsenpraktijk met 2350 patiënten wordt de huisarts bijna 1800 keer per jaar met nieuwe of bestaande klachten aan het bewegingsapparaat geconfronteerd. Het gaat dan vooral om rug-, nek- en schouderklachten. De directe medische kosten van de behandeling van deze klachten bedroegen in 2003 € 761 miljoen. Patiënten met nek- en schouderklachten ervaren pijn of stijfheid, tintelingen, coördinatie- en krachtverlies. De belangrijkste symptomen van rugklachten zijn pijn en verminderd functioneren. Bij sommige klachten kan een duidelijke lichamelijke oorzaak worden aangetoond (bijvoorbeeld een hernia). Verreweg de meeste rug-, nek- en schouderklachten (90 tot 95%) zijn echter «specifiek».

### *Soorten afstemmingsafspraken*

Sinds begin jaren negentig zijn er in de zorgsector verschillende praktische maatregelen ingevoerd die tot doel hebben samenwerking en afstemming tussen zorgverleners te bevorderen. Het gaat om vaste manieren van werken<sup>21</sup> waarover afspraken worden gemaakt tussen zorgverleners.

In de praktijk blijkt sprake van een grote diversiteit aan afstemmingsafspraken. Overzicht 1 geeft een aantal voorbeelden.

<sup>18</sup> Schattingen van het aantal mensen met een chronische aandoening in Nederland lopen uiteen, afhankelijk van de keuze van aandoeningen die als chronisch worden aangemerkt. Het SCP schatte in 2000 dat 10 tot 30% van de Nederlandse bevolking leed aan een chronische aandoening; IGZ kwam in 2003 tot een schatting van 10 tot 20%. Maar er worden ook hogere percentages genoemd (tot 41%; zie Algera [2005], *All you need ... is home care*).

<sup>19</sup> In navolging van IGZ hanteren wij een ruime definitie van chronische aandoeningen: «aandoeningen die niet binnen zes maanden volledig genezen of te genezen zijn of aandoeningen waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledige genezing». IGZ, november 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200 XVI, nr. 175).

<sup>20</sup> Uit een brief van de staatssecretaris van SZW (17 juni 2003) blijkt dat van de nieuwe WAO-instroom in 2000 39% onder de diagnose «psychische aandoeningen» en 29% onder de diagnose «aandoening aan het bewegingsapparaat» viel. De twee voor het onderzoek van de Algemene Rekenkamer geselecteerde aandoeningen vallen onder deze diagnosecategorien.

<sup>21</sup> Deze werkwijzen komen in vele varianten voor en kennen benamingen als *diseasemanagement*, *transmurale zorg*, *ketenzorg*, *zorgketens*, *zorgprogrammering* en *managed care*.

## Overzicht 1 Voorbeelden van afstemmingsafspraken

Werkwijze/werkingsfeer	Macro (landelijk) <sup>1</sup>	Meso (regionaal of lokaal) <sup>2</sup>	Micro (patiënt) <sup>3</sup>
Inhoud van zorg (beroepsinhoudelijk)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Landelijke multi- en mono-disciplinaire richtlijnen en standaarden van de beroepsgroepen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regionale of lokale protocollen, richtlijnen en standaarden</li><li>• Regionale of lokale zorgprogramma's</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandel- of zorgplan</li></ul>
Organisatie van zorg	<ul style="list-style-type: none"><li>• Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA's)</li><li>• Landelijke transmurale afspraken (LTA's)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regionale of lokale zorgketens of zorgnetwerken</li><li>• Afspraken rond taakherstelling/taakdelegatie</li><li>• Algemene afspraken over wachtlijsten of uitwisseling van informatie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patiëntenfolders en -brieven</li></ul>

<sup>1</sup> Bij afspraken op landelijk (macro)niveau zijn veelal koepels van instellingen en/of groepen van beroepsbeoefenaren en patiëntenverenigingen bij betrokken.

<sup>2</sup> Bij afspraken op mesoniveau gaat het om groepen patiënten in een bepaalde regio en zijn afspraken specifiek bestemd voor instellingen en/of hulpverleners binnen die regio; de afspraken kunnen ook lokaal of wijkgericht zijn.

<sup>3</sup> Afspraken op microniveau hebben betrekking op een individuele patiënt.

Ons onderzoek richt zich op de grijs getinte velden uit overzicht 1. Daarbij hebben we de volgende criteria gehanteerd:

- De afstemmingsafspraken moeten ziektespecifiek zijn.
- Het moet gaan om een vorm van multidisciplinaire afstemming tussen zorgverleners.
- De samenwerking moet zodanig zijn vormgegeven dat er een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid voor de patiënt is.
- De samenwerking moet «in werking» zijn (geen onderzoeksprojecten). Buiten beschouwing zijn gelaten: zuiver intramurale samenwerking en doorverwijzing.<sup>22</sup>

Een tweede afbakening die in dit onderzoek is gemaakt, betreft het deel van de zorgsector waarop wij ons hebben gericht: er is uitsluitend gekeken naar afstemmingsafspraken in de *curatieve* sector. Naar de hulpverlening op verwante terreinen zoals care, reïntegratie of wonen en welzijn hebben we geen onderzoek gedaan.

Deze tweede afbakening brengt met zich mee dat ons onderzoek niet zal uitmonden in oordelen die betrekking hebben op de gehele (zorg)keten en de daarbij betrokken zorgverleners. Vanzelfsprekend houdt de gewenste afstemming of ketenbenadering niet precies halt bij de grenzen van de curatieve zorg.

### 1.3 Betrokken partijen en hun verantwoordelijkheden

Het beleid van de minister van VWS is erop gericht voorwaarden te scheppen voor een kwalitatief goed, toegankelijk en ketengericht aanbod van zorg dat aansluit bij de zorgvraag van de chronisch zieke. Om dit te realiseren rekent de minister op de inzet van andere actoren: de samenwerking moet door de veldpartijen (zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten) zelf georganiseerd worden. Een goede regionale structuur waarin specifieke afspraken over ketenzorg kunnen worden gemaakt, acht hij daarbij van belang. Voor zichzelf ziet de minister een stimulerende en faciliterende rol weggelegd.

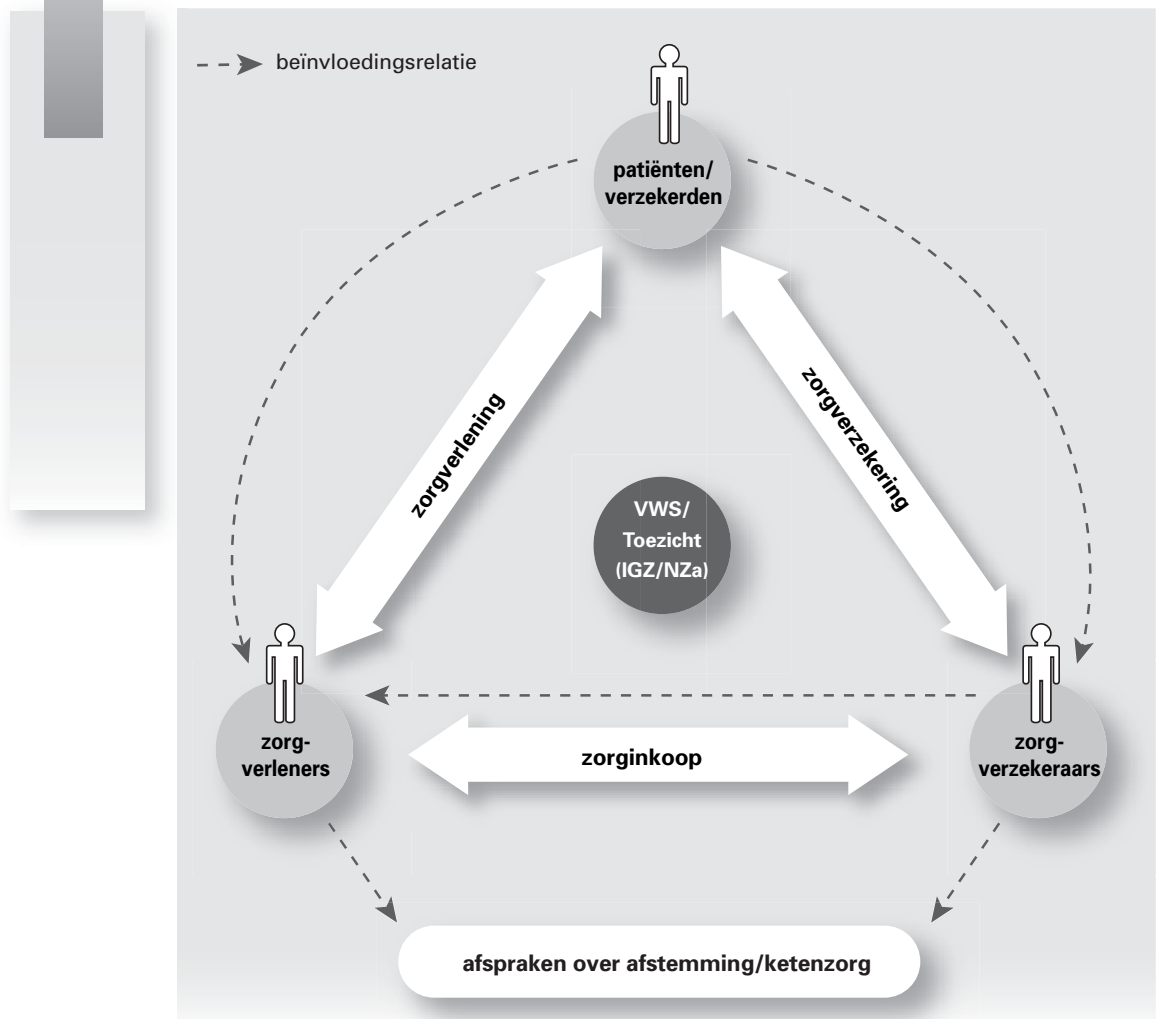
Sinds de omslag naar het nieuwe zorgstelsel is sprake van een veranderende rol van de zorgverzekeraars. Zij gaan meer verantwoordelijkheid dragen om de wensen van de patiënten en de mogelijkheden van de zorgverleners op elkaar af te stemmen.

<sup>22</sup> Verwijzing vindt plaats als een zorgverlener niet kan voldoen aan de vraag van de patiënt en hem of haar moet doorsturen naar een aanvullende of vervangende voorziening. In deze constellatie blijven de zorgverleners autonoom ten opzichte van elkaar werken.

Figuur 1 geeft een overzicht van de relevante actoren (zie bijlage 3 voor een nadere beschrijving van de rollen en verantwoordelijkheden).<sup>23</sup>

## Schets van partijen in het zorgveld

Figuur 1



<sup>23</sup> De figuur en de toelichting in bijlage 3 zijn gebaseerd op de verantwoordelijkheidsverdeling zoals geschetst in de Kwaliteitsbrief van 4 december 2002 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 439, nr. 2).

In ons onderzoek beoordelen we zoals gezegd in welke mate het beleid van de minister van VWS daadwerkelijk een stimulerend effect heeft op de invoering en het gebruik van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners over zorg aan mensen met een chronische aandoening. Ons uitgangspunt hierbij is dat de minister van VWS verantwoordelijk is voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. Hij is aanspreekbaar op systeemfouten en -falen.

De minister moet daarnaast over informatie beschikken om de voortgang van zijn beleid te kunnen beoordelen. De twee toezichthouders in de zorg, IGZ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), spelen een belangrijke rol bij het verzamelen van deze gegevens. Het gaat niet alleen om informatie over het functioneren van het systeem zelf, maar ook over de resultaten die hiermee behaald worden.

Ten slotte dient de minister periodiek zijn beleid te evalueren, zodat lessen kunnen worden getrokken, en het beleid en/of bepaalde maatregelen eventueel aangepast kunnen worden.

Partijen en hun verantwoordelijkheden	
VWS/toezichthouders	Spelregels vaststellen/bewaken toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit
Zorgverlener	Verantwoorde zorg leveren/doelmatig werken
Patiënt/verzekerde	Gezond leven/kritisch zijn jegens zorgverlener en zorgverzekeraar
Zorgverzekeraar	Doelmatig inkopen/aandacht houden voor kwaliteit van zorg/concurreren om gunst zorggebruiker

#### 1.4 Opzet onderzoeksrapport

We schetsen in dit rapport om te beginnen (hoofdstuk 2) het belang dat de patiënt heeft bij afstemmingsafspraken tussen zorgverleners. We beschrijven in dit verband de ervaringen van mensen met een chronische aandoening met het bestaan c.q. het ontbreken van afstemming tussen zorgverleners. Voor dit deel van het onderzoek hebben we gebruikgemaakt van de resultaten van een enquête onder het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten, die in 2005 is uitgevoerd door het NIVEL.<sup>24</sup>

Vervolgens (hoofdstuk 3) bespreken we in welke mate afstemmingsafspraken in de praktijk voorkomen, wie daarbij betrokken zijn en welke ervaringen zorgverleners ermee hebben opgedaan. Gegevens hierover hebben we vergaard door middel van literatuuronderzoek, analyse van projectplannen en evaluaties en gesprekken met direct betrokkenen in de zorgsector.

Aansluitend (hoofdstuk 4) brengen we in kaart welke instrumenten de minister van VWS sinds 1991 heeft ingezet om afstemmingsafspraken tussen zorgverleners te bevorderen. Het gaat daarbij enerzijds om instrumenten die regionale en lokale veldpartijen moeten stimuleren tot het opzetten van afstemmingsinitiatieven, anderzijds om voorzieningen die (betere) voorwaarden voor samenwerken moeten scheppen. We bespreken ook wat de ervaringen zijn van de zorgverleners als het gaat om deze stimuleringsmaatregelen van de overheid. Voor dit laatste onderdeel van het onderzoek hebben we beleidsdocumenten (van 1991 tot nu) geanalyseerd en gesprekken gevoerd met ambtenaren van het Ministerie van VWS.

Tot slot hebben we de uitkomsten benut van een door de Algemene Rekenkamer georganiseerde discussiebijeenkomst met vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS en uit het zorgveld.

<sup>24</sup> NIVEL is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

## 2 ERVARINGEN VAN PATIËNTEN

In het onderzoek *Staat van de gezondheidszorg 2003* stelde IGZ dat ruim een kwart van de chronische patiënten met een somatische aandoening de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners met wie ze te maken hadden, als matig of slecht had ervaren. De betreffende vragen zijn op verzoek van de Algemene Rekenkamer in 2005 door het NIVEL opnieuw voorgelegd aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten.

### 2.1 Samenvatting

Multidisciplinaire samenwerking en afstemming tussen zorgverleners is een belangrijk aspect van continuïteit van zorg voor mensen met een chronische aandoening. De minister van VWS onderkent dit, in navolging van deskundigen en onderzoekers.

In 2005 beoordeelde echter één op de drie chronische patiënten die met verscheidene zorgverleners te maken hadden de afstemming tussen zorgverleners als matig of slecht. In vergelijking met 2002 is er geen significante verbetering opgetreden. De belangrijkste knelpunten betreffen:

- *Informatie-uitwisseling.* Zorgverleners maken geen goede afspraken met elkaar; zorgverleners zijn niet goed op de hoogte van elkaars afspraken met de patiënt; de patiënt moet zijn verhaal steeds opnieuw vertellen als hij of zij bij een andere zorgverlener komt.
- *Organisatie van de zorg.* De patiënt kan na doorverwijzing niet snel terecht; afspraken in dezelfde instelling worden niet gecombineerd ingepland op één dag.

### 2.2 Ervaringen van patiënten met een chronische aandoening

In 2003 stelde IGZ dat van de chronische patiënten met een somatische aandoening die te maken hadden met verscheidene zorgverleners, ruim een kwart de samenwerking en afstemming tussen deze zorgverleners als matig (22%) of slecht (5%) had ervaren. Dat bleek uit een onderzoek dat in opdracht van IGZ door het NIVEL was uitgevoerd bij het Patiëntenpanel Chronisch zieken.<sup>25</sup> Het gaat hier om subjectieve ervaringen van mensen met een chronische aandoening. NIVEL heeft in 2005 de betreffende vragen op verzoek van de Algemene Rekenkamer opnieuw voorgelegd aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten.<sup>26</sup>

Het blijkt dat er in 2005 ten opzichte van 2002 nog geen significante verbetering is opgetreden (zie figuur 2).

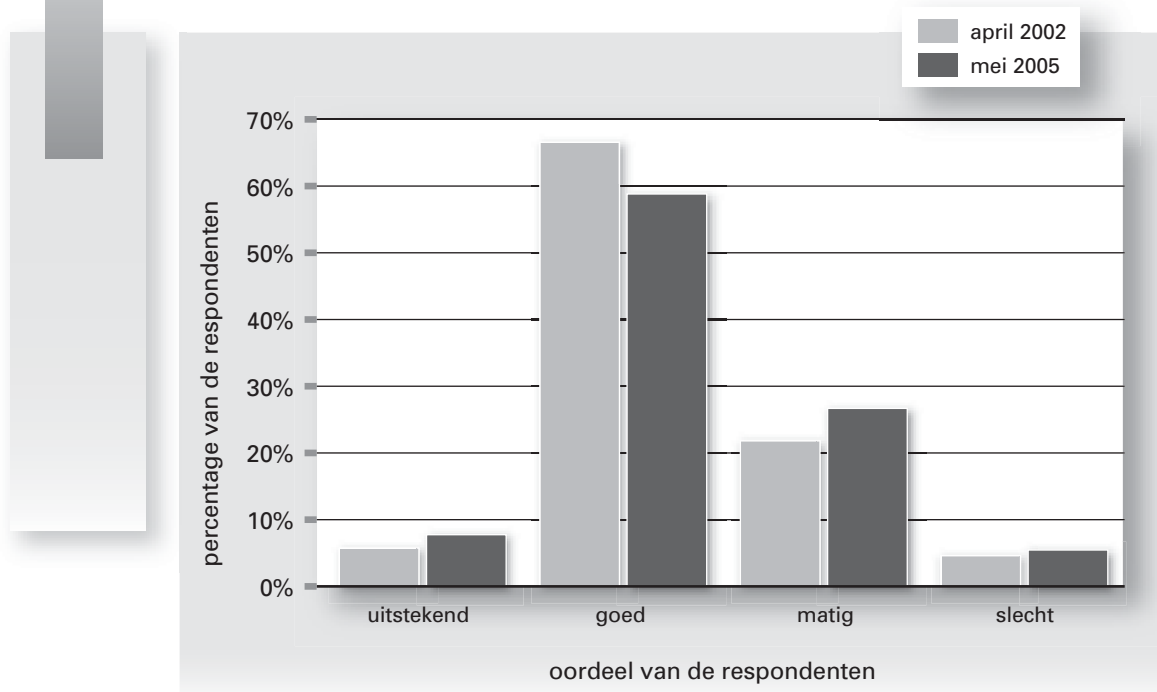
Tweederde van de mensen met een chronische aandoening die met meer zorgverleners te maken hebben, beoordeelt de samenwerking en afstemming tussen deze zorgverleners over het algemeen als uitstekend (8%) of goed (59%). Eén op de drie beoordeelt deze als matig (27%) of slecht (6%).

<sup>25</sup> Het Patiëntenpanel Chronisch zieken 2002 bestond uit 1500 mensen in de leeftijd vanaf vijftien jaar bij wie een medische diagnose van een somatische chronische ziekte was gesteld. Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten 2005 bevat 2000 mensen vanaf 15 jaar met een medisch gediagnosticeerde somatische chronische aandoening.

<sup>26</sup> P. M. Rijken, NIVEL (2006). *Afstemming van de zorg vanuit het perspectief van chronisch zieken*. Resultaten van analyses op de databestanden van het Patiëntenpanel Chronisch zieken 2002 en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten 2005. De onderzoeksresultaten zijn beschikbaar op [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl).

## Algemeen oordeel van de mensen met een chronische aandoening over de samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgverleners

Figuur 2



Om inzicht te krijgen in waar het aan schort, is zowel in 2002 als in 2005 aan de respondenten gevraagd naar hun ervaringen met een aantal specifieke aspecten van afstemming. Het betreft zowel zorginhoudelijke als organisatorische aspecten. Dat leverde de volgende bevindingen op:

- Communicatie over zorginhoudelijke aspecten*  
 Ongeveer een kwart van de mensen met een chronische aandoening vindt dat zorgverleners vrijwel nooit goede afspraken maken met elkaar. Als zij bij een andere zorgverlener komen, moet ongeveer de helft van de mensen met een chronische aandoening «meestal» of «altijd» zijn/haar verhaal opnieuw vertellen. Ook vindt ruim de helft van de mensen met een chronische aandoening (56%) dat de zorgverleners «vrijwel nooit» of alleen «soms» goed op de hoogte zijn van de afspraken die de patiënt heeft gemaakt met andere zorgverleners. Volgens 7% zijn de adviezen van de verschillende zorgverleners «meestal» of «altijd» tegenstrijdig.
- Organisatie van de zorg*  
 Bijna de helft (43%) van de mensen met een chronische aandoening kan na doorverwijzing «vrijwel nooit» of alleen «soms» snel terecht bij een andere zorgverlener. Afspraken in dezelfde instelling worden volgens ruim de helft van de respondenten (56%) «vrijwel nooit» of alleen «soms» gecombineerd ingepland op dezelfde dag.

**Overzicht 2 Ervaringen van mensen met een chronische aandoening met afstemming tussen zorgverleners (2002 en 2005).**

	2002	2005
<b>Communicatie over zorginhoudelijke aspecten</b>		
<i>De zorgverleners maakten goede afspraken met elkaar</i>	N=527	N=441
Vrijwel nooit	24%	24%
Soms	21%	25%
Meestal	33%	36%
Altijd	23%	15%
<i>Als ik bij een andere zorgverlener kwam, moest ik mijn verhaal opnieuw vertellen</i>	N=478	N=425
Vrijwel nooit	25%	26%
Soms	23%	26%
Meestal	29%	25%
Altijd	23%	24%
<i>De zorgverleners waren goed op de hoogte van de afspraken met andere zorgverleners</i>	N=464	N=413
Vrijwel nooit	30%	27%
Soms	27%	29%
Meestal	31%	31%
Altijd	12%	14%
<i>De adviezen van de verschillende zorgverleners waren tegenstrijdig</i>	N=451	N=414
Vrijwel nooit	61%	65%
Soms	29%	28%
Meestal	8%	6%
Altijd	3%	1%
<b>Organisatie van de zorg</b>		
<i>Bij verwijzing kon ik snel bij een andere zorgverlener terecht</i>	N=449	N=394
Vrijwel nooit	24%	22%
Soms	24%	21%
Meestal	36%	42%
Altijd	17%	15%
<i>Wanneer ik bij twee zorgverleners in dezelfde instelling (bv. ziekenhuis) moest zijn, werden de afspraken gecombineerd op dezelfde dag</i>	N=462	N=394
Vrijwel nooit	37%	32%
Soms	23%	24%
Meestal	23%	27%
Altijd	17%	17%

Wanneer de resultaten uit 2005 worden vergeleken met die uit 2002, moet worden geconcludeerd dat het oordeel van mensen met een chronische aandoening over de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners in 2005 niet significant is gewijzigd ten opzichte van 2002.

Bovenstaande resultaten hebben betrekking op de ervaringen van mensen met een chronische aandoening in het algemeen. Wij zijn nagegaan of deze resultaten ook opgaan voor één van de specifieke patiëntengroepen die wij in dit onderzoek hebben bekeken, te weten patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Dat blijkt het geval. Het algemene oordeel van patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat is in 2005 hetzelfde als het oordeel van mensen met een chronische aandoening in het algemeen: meer dan 30% beoordeelt de samenwerking en afstemming als matig of slecht.



### 3 AFSTEMMINGSAFSPRAKEN IN DE PRAKTIJK

Wij zijn nagegaan in hoeverre er anno 2006 sprake is van afstemming tussen zorgverleners. We hebben ons daarbij toegespitst op de zorgverlening aan (a) patiënten met een chronische depressie en (b) patiënten met chronische rug-, nek- en/of schouderklachten. Aan de hand van onze inventarisatie rond deze twee ziektebeelden schetsen we de diversiteit aan bestaande afstemmingsinitiatieven. Daarnaast gaan we nader in op 27 afstemmingsinitiatieven die we in de praktijk hebben bekeken. Met de daarbij betrokken zorgverleners hebben we gesproken over hun ervaringen. Deze gesprekken gingen over de aanleiding voor het samenwerken, over de factoren die de samenwerking bevorderen respectievelijk belemmeren, en over de betrokkenheid van patiënten. Voor zover beschikbaar hebben we ook achterliggende stukken (projectbeschrijvingen en evaluaties) geanalyseerd.

#### 3.1 Samenvatting

Het Ministerie van VWS en de betrokken partijen uit het zorgveld<sup>27</sup> konden ons desgevraagd geen volledig en actueel overzicht geven van de regionale en lokale afstemmingsinitiatieven tussen zorgverleners die actief zijn rond patiënten met een chronische depressie respectievelijk chronische rug-, nek- en schouderklachten.

Gegeven het ontbreken van deze informatie hebben wij het ministerie gevraagd op welke wijze de effectiviteit van het beleid om afstemming in zorg te bevorderen, dan wordt gemonitord. De minister van VWS beoordeelt hiertoe signalen die hem vanuit het zorgveld bereiken of die hem via de onderzoeksprogramma's van relevante kennisinstellingen worden aangereikt.

In de praktijk is er sprake van een diversiteit aan afstemmingsinitiatieven. De regionale en lokale afstemmingsinitiatieven blijken veelal kleinschalig. Er is bijvoorbeeld maar een klein deel van de huisartsen uit de regio bij betrokken (dit geldt voor de zorgverlening rond depressies). Of er lijken vooral afspraken te worden gemaakt in situaties waar de eerstelijns zorgverleners al in een organisatorisch verband samenwerken (dit geldt voor de zorgverlening rond rug-, nek- en schouderklachten).

Uit de gesprekken die wij voerden met zorgverleners over hun praktijkervaringen, kwamen de volgende succesfactoren en verbeterpunten naar voren:

- Samenwerking ontstaat niet vanzelf, maar moet georganiseerd worden. Daarbij zijn in eerste instantie de zorgverleners zelf aan zet. Een gezamenlijke probleemdefinitie, een projectmatige aanpak, maatwerk in de organisatie en zorg voor draagvlak zijn daarbij sleutelwoorden. Betrokkenheid en motivatie van «pioniers» zijn de belangrijkste voorwaarden, maar bieden onvoldoende basis voor structurele voortzetting. Professionele autonomie en belangentegstellingen tussen zorgverleners vormen een potentiële barrière.
- Er is bij de minister veel aandacht voor het opstarten van initiatieven, maar nog te weinig voor de fase van implementatie in de reguliere zorg.
- De patiëntbetrokkenheid bevindt zich nog in een «groefase». Er zijn dilemma's en grenzen die het moeilijk maken om als zorgverlener goed aan te sluiten bij de behoeften van de patiënt.
- Of samenwerking tussen zorgverleners medisch gezien gunstig is voor patiënten kan bij de meeste projecten nog niet objectief worden

---

<sup>27</sup> Partijen die we hebben gesproken tijdens het vooronderzoek (zie bijlage 2).

vastgesteld. De beschikbare informatie betreft voornamelijk proces-evaluaties en onderzoeken naar patiënttevredenheid. De zorgverleners zelf oordelen in het algemeen positief. Zij wijzen erop dat samenwerking resultaat oplevert in de zin van meer tevreden patiënten en zorgverleners.

### 3.2 Kenschets van afstemmingsafspraken

Wij hebben geprobeerd een overzicht te maken van afstemmingsinitiatieven in de praktijk tussen de zorgverleners die actief zijn rond patiënten met een chronische depressie respectievelijk chronische rug-, nek- en schouderklachten. De minister noch de veldpartijen bleken een actueel en volledig overzicht beschikbaar te hebben.

Om het beleid te monitoren beoordeelt de minister van VWS, aldus vertegenwoordigers van het departement, signalen die hem vanuit het zorgveld bereiken of die hem worden aangereikt via de onderzoeksprogramma's van kennisinstellingen zoals Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw), het Trimbos-instituut, het NIVEL en het RIVM.<sup>28</sup>

Het departement geeft aan dat het voor de transmurale zorg lastiger is inzicht te krijgen in afstemmingsinitiatieven, omdat de samenwerking hier diverser van aard is.

Wij hebben vervolgens zelf zoveel mogelijk afstemmingsinitiatieven proberen te achterhalen, door middel van zoekacties op internet, literatuuronderzoek en contacten met koepels van partijen in de zorgsector. Deze werkwijze biedt geen garantie op volledigheid. Wij pretenderen dan ook niet dat het door ons geschetste beeld van de bestaande afstemmingsinitiatieven in de zorg voor patiënten met een depressie respectievelijk rug-, nek- en schouderklachten, te veralgemeniseren zou zijn. Wel geeft onze inventarisatie een goede indruk van de diversiteit aan afstemmingsinitiatieven.

Onze inventarisatie omvat 95 afstemmingsinitiatieven in de zorg voor depressiepatiënten en 37 afstemmingsinitiatieven in de zorg voor rug-, nek- en schouderpatiënten. Dat is meer dan het aantal lokale en regionale afstemmingsafspraken dat IGZ in haar onderzoek uit 2003 noemt voor deze zelfde patiëntencategorieën. De inspectie vond toen (het peiljaar was 2001) zes respectievelijk twaalf afstemmingsafspraken tussen zorgverleners.<sup>29</sup>

Het opvallend grote verschil tussen 2001 en 2006 lijkt te wijzen op een groeiend aantal initiatieven, maar vanwege methodologische beperkingen kunnen de aantallen in absolute zin niet goed worden vergeleken.

#### 3.2.1 Afstemming rond chronisch depressieve patiënten

Onder de 95 afstemmingsinitiatieven die wij hebben aangetroffen in de zorgverlening voor chronisch depressieve patiënten bevonden zich 51 specifiek op de behandeling van depressie gerichte afstemmingsinitiatieven en 44 taakherschikkingsinitiatieven (waarbij sprake is van een verschuiving van taken tussen zorgverleners).

Binnen de specifiek op de behandeling van depressie gerichte afstemmingsinitiatieven nemen dertig preventieprojecten de grootste plaats in. Bij deze projecten zijn veelal behalve huisartsen en verschillende partijen uit de geestelijke gezondheidszorg (zoals de RIAGG<sup>30</sup> en eerstelijnspsychologen) ook partijen buiten de curatieve sector betrokken, zoals het

<sup>28</sup> De informatie van het RIVM is jaarlijks vervat in de *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen*.

<sup>29</sup> In het IGZ-onderzoek zijn afstemmingsafspraken geïnventariseerd op basis van literatuuronderzoek en uit databanken. Vervolgens werd een enquête onder de betrokken regionale/lokale organisaties gehouden. De respons op de enquête was relatief laag.

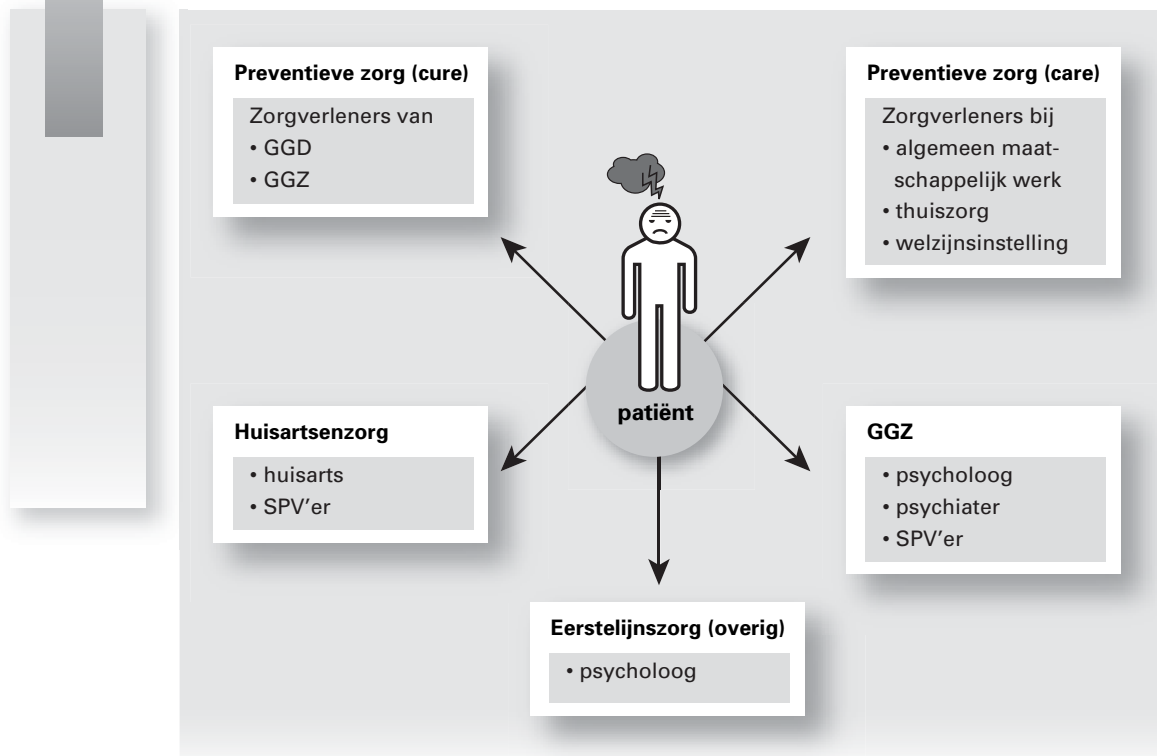
<sup>30</sup> RIAGG: Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorg en gemeentelijke welzijnsinstellingen. Het gaat bij deze projecten om cursussen voor één of meer verschillende doelgroepen, zoals ouderen, jongeren, allochtone vrouwen, enzovoort, die tot doel hebben het ontstaan van depressieve klachten te voorkomen.

Bij de taakherschikkingsprojecten gaat het veelal om de inzet van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) in de huisartsenpraktijk. Daarmee wordt in de eerstelijnszorg de deskundigheid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg versterkt, en wordt de afstemming tussen de eerstelijnsbehandeling en doorverwijzing naar de tweedelijnszorg gestructureerd.

## 7 Zorgverleners betrokken bij afstemmingsinitiatieven (depressie)

Figuur 3



Uit de gesprekken die wij hebben gevoerd met direct betrokkenen over de afstemmingsinitiatieven in de zorg voor chronisch depressieve patiënten, komen de volgende bevindingen naar voren:

- Het kennisinstituut Trimbos speelt bij een belangrijk deel van de afstemmingsinitiatieven een centrale rol (in de zin van initiëren en

begeleiden). Deze initiatieven maken deel uit van een strategie gericht op de implementatie van landelijke richtlijnen (zie § 4.3).

- Veel initiatieven zijn vooralsnog kleinschalig; er is bijvoorbeeld maar een klein deel van de huisartsen bij betrokken.
- Het is niet goed te reconstrueren hoe verschillende initiatieven zich tot elkaar verhouden.

#### Regionale aanpak

In één van de bezochte projecten werd op systematische wijze gestreefd naar het aanbieden van een regionaal totaalaanbod van verschillende aanbieders. Het betreft psychiatrische afdelingen van het academisch ziekenhuis en de regionale ziekenhuizen, de GGZ-instelling, en (op termijn) de eerstelijnspsychologen en de huisartsen. Voor het tot stand brengen van deze regionale afstemming wordt de volgende aanpak gehanteerd.

In eerste instantie wordt bekeken wat het huidige aanbod is van de afzonderlijke aanbieders en wat daarin de dubbelingen en de hiaten zijn. Het bestaande aanbod zal worden gestroomlijnd en meer overzichtelijk worden gemaakt voor de eerstelijnszorg. Daarna kan worden bezien hoe de hiaten kunnen worden ingevuld.

### 3.2.2 Afstemming rond patiënten met rug-, nek- en schouderklachten

Van de 37 afstemmingsinitiatieven die wij hebben aangetroffen in de zorgverlening voor patiënten met rug-, nek- en schouderklachten, hebben er negentien een lokale en achttien een regionale reikwijdte.<sup>31</sup>

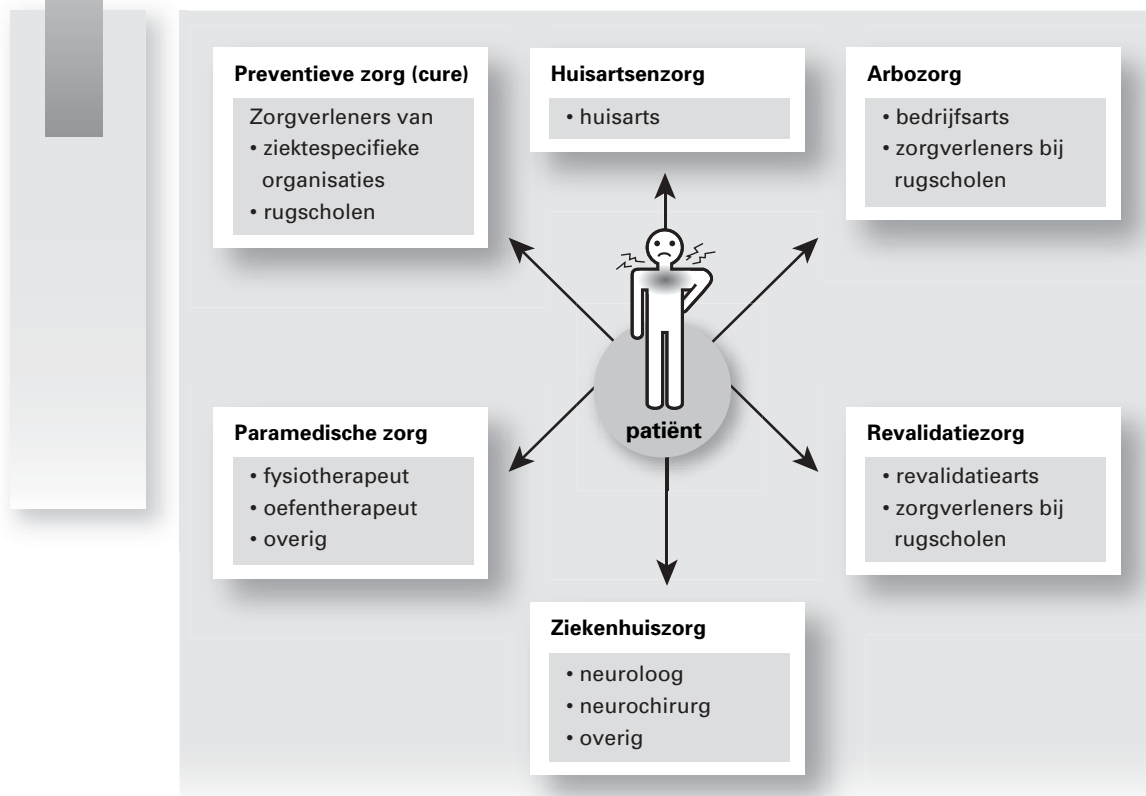
Bij nagenoeg alle negentien lokale initiatieven is sprake van afstemming tussen zorgverleners uitsluitend uit de eerstelijnszorg: huisartsen en paramedici, zoals fysiotherapeuten (veertien afspraken). Dit soort afspraken lijken vooral te worden gemaakt in situaties waar de eerstelijnszorgverleners al in een organisatorisch verband samenwerken, zoals in wijk-, gezondheids- of revalidatiecentra. Bij drie afstemmingsafspraken zijn ook bedrijfsartsen betrokken.

Achttien afstemmingsafspraken hebben een regionale reikwijdte. Bij zes daarvan is sprake van afstemming tussen zorgverleners uit zowel de eerste- als de tweedelijnszorg. Steeds gaat het om medisch specialisten, huisartsen en paramedici; in één geval zijn ook bedrijfsartsen betrokken. De overige twaalf regionale afstemmingsinitiatieven concentreren zich rond zorgverleners in de tweedelijnszorg.

<sup>31</sup> Rugscholing is een paraplu-begrip voor diverse interventies om rugklachten te voorkomen, te behandelen en/of aan werkhervatting bij te dragen. Er zijn drie soorten te onderscheiden: (1) instituten met rugscholing als hoofdtaak, (2) revalidatiecentra met een aanbod van uitgebreide programma's en (3) een diffuus samengestelde groep van fysiotherapiepraktijken, sportscholen en fitnesscentra die mensen met rugklachten begeleiden bij het weer in beweging komen. In 2001 waren er 400–450 locaties, zowel in de eerste als in de tweedelijnszorg (IGZ [2003]); in 2003 werd een vergelijkbaar aantal genoemd (Miedema [2003], *Rugscholing in beweging*).

## Zorgverleners betrokken bij afstemmingsinitiatieven (rug-, nek- en schouderklachten)

Figuur 4



Uit de gesprekken die wij hebben gevoerd met direct betrokkenen over de afstemmingsinitiatieven in de zorg voor patiënten met rug-, nek- en schouderklachten, is ons het volgende gebleken:

- Er is weinig sprake van programmatische aanpak om afstemming tussen zorgverleners op lokaal en regionaal niveau vorm te geven. Een enkele maal is bredere verspreiding van een initiatief binnen een regio zichtbaar (zoals een herniaproject, gestart in één streekziekenhuis, dat navolging heeft gekregen in drie streekziekenhuizen in de omgeving).
- In zestien gevallen hebben de afstemmingsinitiatieven geleid tot speciale instituties zoals een wervelkolomspreekuur, een pijn- en rugpoli of een gespecialiseerd ziekenhuis.

#### Twée voorbeelden van instituties

- Eind 2002 is in een streekziekenhuis een diagnostisch wervelkolomspreekuur gestart met als doel patiënten met een specifiek rugprobleem te detecteren uit de groep van patiënten met lage rugklachten. Zo kan een optimaal behandeladvies (in principe voor behandeling in de eerstelijnszorg) worden gegeven. Het is gelukt om tot behandelafspraken te komen waarbij alle betrokken zorgverleners vanuit één visie werken en dezelfde taal spreken.
- In een pijn- en rugpoli is de behandeling gebaseerd op een multidisciplinaire aanpak. Hierbij is sprake van samenwerking tussen bijvoorbeeld een revalidatiearts, een fysiotherapeut, een psychiater en zo nodig een neurochirurg.

### 3.3 Totstandkoming afspraken en werking in de praktijk

We hebben met verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij afstemmingsinitiatieven gesproken over de aanleiding voor het samenwerken, over de factoren die de samenwerking bevorderen respectievelijk belemmeren, en over de betrokkenheid van patiënten. Voor zover beschikbaar hebben we ook achterliggende stukken (projectbeschrijvingen en evaluaties) geanalyseerd om een beeld te krijgen van de werking van afstemmingsafspraken in de praktijk.

#### 3.3.1 Wie neemt het initiatief tot afstemming?

Afstemmingsafspraken tussen zorgverleners blijken in het merendeel van de gevallen (21 van de 27) tot stand te zijn gekomen op initiatief van de zorgverleners zelf. In zeven gevallen waren ook één of meer andere partijen betrokken bij het initiatief: een kennisinstituut, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), een zorgverzekeraar of zorgkantoor, of een patiëntenorganisatie.

#### 3.3.2 Wat is het motief om te gaan samenwerken?

De zorgverleners met wie wij hebben gesproken gaven veertig verschillende motiveringen om samen te gaan werken. Deze motiveringen laten zich indelen in drie categorieën: (1) men wil de kwaliteit van de zorg verbeteren, (2) men wil de organisatie van de zorg verbeteren, (3) overige redenen. We lichten deze drie categorieën hieronder kort toe.

##### *Zorginhoudelijk (kwaliteit van zorg)*

Ongeveer een kwart van de motiveringen die zorgverleners geven voor samenwerken heeft betrekking op de zorginhoud (kwaliteit van zorg). Het gaat dan vooral om het streven naar een betere diagnosestelling of een betere behandeling (voorschrijfgedrag, boodschap richting patiënt en dergelijke).

#### Zorginhoudelijke redenen voor afstemming

- het stellen van een betere diagnose
- snellere of meer efficiënte diagnostiek of behandeling; tijdige onderkenning van depressie; in een vroeger stadium ingrijpen
- minder zware zorg (minimale interventie)
- verbeteren GGZ-zorg in de eerstelijnszorg
- éénduidige boodschap richting patiënt (in verband met druk van de patiënt bij conservatieve behandeling van specifieke rug-, nek- en schouderklachten)
- stroomlijnen van voorschrijfgedrag

### *Organisatie van zorg (kwantiteit en doorlooptijd)*

Ongeveer een kwart van de redenen om samen te gaan werken heeft betrekking op de organisatie van de zorg. Het gaat dan onder meer om een streven naar betere toegankelijkheid van de zorg (kortere wachtlijsten, minder drempels) en naar geringere doorlooptijden (bekorting van de behandelduur).

#### **Organisatorische redenen voor afstemming**

- verlagen van de drempel; de GGZ beter toegankelijk maken (depressie)
- wachtlijstreductie binnen de GGZ (depressie)
- terugdringen van lange doorlooptijden (rug-, nek- en schouderklachten)
- terugdringen van werkbelasting bij huisartsen
- inspelen op verwachte groei van de vraag
- verbeteren van de werkrelatie (tussen huisartsen onderling of tussen huisartsen en specialisten)
- behoefte aan een goede verwijfsstroom vanwege felle concurrentie (depressie)

### *Overige motiveringen*

Ongeveer de helft van de redenen om te gaan samenwerken heeft geen directe relatie met kwaliteit van zorg of het aantal patiënten. Het gaat hier vooral om efficiency of om «prikkel van buiten» waar de organisatie op reageert door samen te werken. Een dergelijke prikkel van buiten kan bijvoorbeeld een landelijk project zijn of het streven naar een betere concurrentiepositie.

#### **Overige redenen voor afstemming**

- stimulering door de (lokale) politiek
- landelijk stimuleringsprogramma (positieve ervaringen met een ander landelijk project)
- financiering (de depressiezorg komt straks onder de AWBZ)
- vergroten van de bestaanszekerheid
- verhuizing van de organisatie (samenwerken met «de buurman»)
- arbeidssatisfactie (kwaliteitsverbetering van het werk)
- kennisoverdracht (is taak van een academisch ziekenhuis)
- profilering van de organisatie of regio (in verband met toenemende concurrentie)

### *3.3.3 Zijn de patiënten betrokken bij de samenwerking?*

Een omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg is één van de doelstellingen in het beleid van de minister van VWS (zie hierover § 4.2). Vraagsturing houdt in dat wordt geluisterd naar wensen en ervaringen van patiënten en dat hiermee rekening wordt gehouden bij de inrichting van de zorg. Over het geheel genomen blijkt de betrokkenheid van patiënten bij de samenwerking echter nog beperkt, zo komt naar voren uit onze gesprekken met zorgverleners (zie overzicht 3).

**Overzicht 3 Betrokkenheid van patiënten bij afstemmingsinitiatieven\***

Betrokkenheid van patiënten	Aantal afstemmingsinitiatieven	
	Depressie (n=15)	Rug-, nek- en schouderklachten (n=12)
Geen betrokkenheid	3	2
Wel betrokkenheid, namelijk	12	10
– Informatiebrochure over de samenwerking	(3)	(4)
– Enquêtes en tevredenheidsonderzoeken onder patiënten	(6)	(5)
– Interviews met patiënten over ervaren knelpunten en verbeteringen	(1)	(2)
– Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordiger	(3)	(2)
– Inbreng patiënten bij protocollen en voorlichting	(0)	(2)
Overige	(3)	(4)

\* Omdat meer antwoorden konden worden gegeven, is de optelsom van de kolommen hoger dan het totaal aantal geïnterviewde zorgverleners.

Weliswaar is bij een meerderheid van de afstemmingsinitiatieven (22 van de 27) sprake van enige wijze van patiëntbetrokkenheid, maar het betreft dan vooral passieve vormen van betrokkenheid (patiënten krijgen een informatiebrochure uitgereikt of nemen op verzoek deel aan een tevredenheidsonderzoek). Tien antwoorden van zorgverleners duiden op gerichte activiteiten om te komen tot een meer actieve betrokkenheid van patiënten:

- Er worden interviews georganiseerd om met patiënten te spreken over ervaren knelpunten en mogelijke verbeteringen.
- Patiëntenvertegenwoordigers worden betrokken bij het afstemmingsinitiatief.
- Patiënten wordt gevraagd inbreng te geven bij de formulering van protocollen en voorlichtingsactiviteiten.

In vijf gevallen zijn patiënten op geen enkele wijze betrokken bij het afstemmingsinitiatief. Wel is er in die gevallen het besef dat patiëntbetrokkenheid een relevant issue is:

- Sommige geïnterviewden merken op dat «met de kennis van vandaag» patiënten er meer bij betrokken zouden worden.
- Anderen wijzen erop dat niet ieder project of iedere fase in het tot stand brengen van afstemming zich leent zich voor patiëntbetrokkenheid.<sup>32</sup>

In de antwoorden komen ook dilemma's van en grenzen aan patiëntbetrokkenheid aan bod. Enkele geïnterviewden vragen zich expliciet af wat precies de rol van patiënten kan zijn bij het vaststellen van de zorginhoud: wat de patiënt wil is niet altijd in overeenstemming met wat vanuit het oogpunt van goede zorg nodig is.<sup>33</sup> Anderen vragen zich af op welke manier je patiënten of patiëntenvereniging het beste kunt betrekken: de ervaringen met patiëntenvertegenwoordigers zijn bijvoorbeeld niet overal positief, en cliëntenraden zijn soms geen geschikte partij omdat zij aan één instituut zijn verbonden.

<sup>32</sup> «Bij de ontwikkeling van het zorgprogramma zijn de patiëntenorganisaties niet betrokken: de zorg- en hulpverlening is hierin vooral aanbodgericht en nog weinig vraaggericht. Bij de implementatie van het programma zullen de patiëntenorganisaties wel worden betrokken».

<sup>33</sup> Soms wil de patiënt iets anders dan de zorgverleners vanuit het oogpunt van goede zorg nodig achten (zoals de eerste zes weken meestal geen behandeling bij specifieke rugklachten, of een late inzet van farmacotherapie bij depressie).



### 3.3.4 Wat zijn de succes- en faalfactoren?

In onze gesprekken met zorgverleners hebben we gevraagd naar de succes- en faalfactoren die zij ervaren bij het starten en laten functioneren van afstemming met collega's in de zorgverlening. De antwoorden van de zorgverleners zijn in zes categorieën te verdelen.

#### 1. Het organiseren van de afstemming

De geïnterviewde zorgverleners verwijzen het meest (bij elkaar dertig keer) naar organisatorische factoren. Dergelijke factoren bepalen mede of het afstemmingsinitiatief succesvol is of juist niet. Het gaat dan onder meer om de schaal van samenwerking, het belang van goede afspraken, de aanwezigheid van iemand die «coördineert» of «stuurt», en het volgen van een gestructureerde aanpak.

#### Organisatorische succes- en faalfactoren

- Een passende schaal (11); kleinschalig (met een beperkt aantal zorgverleners) beginnen, maar wel met de zekerheid van voldoende (potentieel) patiëntenaanbod.
- Afspraken over verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden (9).
- Een «probleemeigenaar» of «coördinator» (6), dat wil zeggen iemand die een sturende rol heeft, kijkt of ieder zich aan de afspraken houdt, de zorginhoudelijke professionals faciliteert om het projectmatig aan te pakken.
- Programmatische wijze van werken (3): dat wil zeggen per ziektebeeld, aan de hand van protocollen, aan de hand van uniforme verwijsformulieren.
- Korte lijnen (3).

#### 2. Betrokkenheid en motivatie van individuen

Ruim de helft (zeventien) van de geïnterviewde respondenten geeft aan dat het tot stand komen en (blijven) functioneren van samenwerking sterk afhangt van individuele betrokkenheid, enthousiasme en overtuigingskracht van individuen («pioniers»<sup>34</sup>).

#### 3. Draagvlak (belangen)

Ruim de helft (negentien) van de geïnterviewde respondenten wijst op het belang van voldoende draagvlak voor de samenwerking. Het gaat daarbij om draagvlak bij verschillende partijen in het zorgveld: vooral onder de zorgverleners zelf, maar ook onder patiënten en bestuurders. Vooral professionele autonomie en belangentegenstellingen tussen zorgverleners vormen een potentiële barrière voor afstemming.

#### Draagvlak als succes- of faalfactor

- Draagvlak bij zorgverleners (13). Er wordt verwezen naar de professionele autonomie en tegengestelde belangen van beroepsgroepen, als factoren die (het tot stand komen van) samenwerking bemoeilijken. Eén van de respondenten wijst erop dat kosten en baten van samenwerking niet altijd op dezelfde plek in de keten zichtbaar worden.<sup>35</sup> Het helpt als de samenwerking een concrete oplossing voor een concreet en gezamenlijk gedefinieerd probleem oplevert.<sup>36</sup>
- Draagvlak bij patiënten, patiëntbetrokkenheid (4). Elementen die hier naar voren worden gebracht zijn: actieve betrokkenheid van patiëntenorganisaties, centraal stellen van de wensen van patiënten, ervoor zorgen dat patiënten een reëel beeld hebben van wat zij mogen verwachten, en praktische gerichtheid («het moet merkbaar iets opleveren voor de patiënt»).
- Bestuurlijk draagvlak (2). Dit speelt met name binnen instellingen: het helpt als de bestuurders van de instelling zich actief achter het initiatief scharen.<sup>37</sup>

<sup>34</sup> Vergelijk J.L.T. Blank en B.L. van Hulst. *Zorgen voor vernieuwing*. Artikel in ESB, 9 september 2005: «Zorgvernieuwing in ziekenhuizen verloopt langs het karakteristieke beeld van innovaties: eerst een voorzichtige invoering door een aantal *frontrunners*, daarna de brede invoering door een groot deel van de instellingen en vervolgens de invoering door een klein aantal achterblijvers.»

<sup>35</sup> Toelichting: orthopeed en neuroloog zien als eersten de patiënt; daardoor ontvangen andere specialisten minder patiënten.

<sup>36</sup> Toelichting: de SPV'ers bewijzen hun nut in de huisartsenpraktijk (deskundigheidsbevordering, kortere lijnen naar GGZ, minder tijdsbeslag voor de huisarts).

<sup>37</sup> Vergelijk Blank & van Hulst, 2005: «Een andere belangrijke significante factor is de aanwezigheid van een bureau zorgvernieuwing. Blijkbaar draagt speciale aandacht van het ziekenhuismanagement voor innovaties daadwerkelijk bij aan snellere introductie van innovaties.»

#### 4. (Materiële) faciliteiten

Zestien keer noemen de respondenten materiële faciliteiten zoals huisvesting (gebouw of werkkamer), instrumentarium (MRI-scan), en automatisering (elektronische uitwisseling van gegevens) als factoren die het welslagen van samenwerking mede bepalen.

#### 5. Financiering

Financiering behoort met de al genoemde organisatorische aspecten tot de meest genoemde voorwaarden voor het welslagen van samenwerking (27 maal genoemd). De tijdelijke stimuleringsgelden (zoals programma's voor zorgvernieuwing) helpen bij de start en bij ruim de helft van de bezochte initiatieven is hiervan volgens de respondenten gebruik gemaakt (zie bijlage 7). Maar tijdelijke stimuleringsgelden garanderen niet de structurele voortzetting van de samenwerking. Er blijft dan sprake van extra (afstemmings)kosten en deze worden niet via de reguliere middelen vergoed. Sommige respondenten wijzen erop dat de financiële ruimte voor samenwerking juist krimpt, bijvoorbeeld door het wegvallen van praktijkondersteuningsgelden voor huisartsen.

#### Structurele kosten van afstemming

- Samenwerken en afstemmen kost tijd: extra administratieve rompslomp, begeleiding van en overleg met andere zorgverleners.
- Structurele voortzetting gaat meestal gepaard met capaciteitsuitbreiding; dat kost geld.
- Consulten duren langer; dat leidt bij financiering per verrichting tot minder inkomsten.
- Richtlijnen en zorgprogramma's moeten worden onderhouden en voor de implementatie moeten scholings- of themabijeenkomsten worden gehouden (maar hier is geen vergoeding voor).

#### 6. Stimulering (anders dan via financiering)

Financiering is één vorm van stimulering. Daarnaast worden als succesfactoren voor samenwerking ook andere vormen van stimulering benoemd (zeventien keer), zoals goede voorbeelden en ondersteunende organisaties (platforms, kennisinstituten en coördinatiecentra), die het opzetten van projecten actief ondersteunen en begeleiden. Een enkele maal wordt ook de actieve rol van de zorgverzekeraar genoemd.

#### 3.3.5 Wat leveren afstemmingsafspraken op?

Wat zijn nu de resultaten van de afstemming? Elf van de 27 geïnterviewden gaven aan dat er geen evaluaties beschikbaar waren.<sup>38</sup> In de andere gevallen waren er wel tussenevaluaties (8) of evalueaties (8) beschikbaar. Het blijkt voornamelijk (voor driekwart) te gaan om metingen van patiënttevredenheid en/of evaluaties van procesdoelen,<sup>39</sup> en minder om onderzoek naar medische resultaten.

<sup>38</sup> Soms werd verwezen naar voortgangsrapportages of naar een landelijke evaluatie van een stimuleringsprogramma. Andere initiatieven waren van recente datum.

<sup>39</sup> Zoals efficiencyverbetering, betere samenwerking, snellere doorstroming.

### Nog weinig onderzoek naar medische resultaten van samenwerking

Pepels e.a (2004) constateert over samenwerkings- en afstemmingsafspraken in de zorgverlening: «Deze initiatieven laten zien dat er veel mogelijk is op het gebied van structurele samenwerking en afstemming. Het ontbreekt echter aan een eenduidige wetenschappelijke basis ten aanzien van het precieze effect van ketenzorg, wat nu de meest kritische succesfactoren zijn en welke organisatievorm het meest geëigend is. Wel worden op basis van praktijkervaringen inzichten gedeeld ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren om ketenzorg te realiseren.<sup>40</sup> Ander onderzoek laat zien dat transmurale zorg niet altijd een verbetering hoeft te zijn. In sommige gevallen kan het zelfs leiden tot een verslechtering. In het geval van transmurale zorg voor patiënten die een totale heupvervangende ondergingen, bleek deze wijze van zorgverlening voor patiënten slechter uit te pakken, terwijl zij ook nog onnodig duur bleek te zijn. Transmurale zorg voor patiënten met diabetes, evenals voor patiënten met een beroerte, bleek in de praktijk juist weer positief uit te pakken.<sup>41</sup> Het feit dat samenwerking bij sommige aandoeningen wél en bij andere niet bewezen medisch gunstiger is, onderstreept naar ons oordeel het belang van *evaluatie* van samenwerkingsinitiatieven.

Wij hebben de door ons geïnterviewde zorgverleners – gegeven het vaak ontbreken van evaluaties – gevraagd of zij aanwijzingen hadden dat afstemming tussen zorgverleners gunstig zou zijn voor patiënten. In vijftien gevallen gaven de geïnterviewden aan dat dat in hun visie het geval is. De overige twaalf gaven aan hier (nog) onvoldoende kijk op te hebben.

De positieve antwoorden verwijzen vooral naar de mate van tevredenheid bij patiënten. Bij enkele afstemmingsinitiatieven zijn er aanwijzingen dat het project leidt tot tevredenheid bij zorgverleners zelf. Enkele keren wordt verwezen naar kwaliteit van de zorg.

Overigens wijst IGZ er op dat patiënttevredenheid slechts in beperkte mate een goede indicator is voor de geleverde kwaliteit van de zorg. De tevredenheid hangt vooral samen met de mate van verbetering van de eigen gezondheidssituatie en met de manier waarop men wordt bejegend door zorgverleners.<sup>42</sup>

### Resultaten van afstemmingsafspraken volgens de zorgverleners zelf

Als resultaten van samenwerking in de zorgverlening worden onder meer genoemd:

- Tevreden patiënten en tevreden huisartsen.
- Een patiëntengroei van 100% via mond-tot-mond-reclame.
- De patiënt weet dat de zorg die hij krijgt «evidence based» is en volgens de laatste richtlijnen.
- De aanpak van de zorgverleners sluit beter op elkaar aan; dat is klantgericht.
- Betere informatievoorziening: de patiënt hoeft zijn verhaal niet meermaals te doen en voorkomen wordt dat patiënten verschillende boodschappen van zorgverleners krijgen.
- Knelpunten in de patiëntenstroom zijn aangepakt.
- De wachttijd voor intake en behandeling is verkort. Kortere doorlooptijd. Patiënten krijgen meer aandacht en worden sneller geholpen.
- De drempel voor het vragen van hulp is lager geworden (GGZ in de huisartsenpraktijk).
- Uit metingen blijkt een betere score (meetinstrument voor depressie).
- Er zijn afspraken gemaakt tussen zorgverleners over minimale interventie en aanpassing van eigen behandeling.
- Er is onderling (tussen zorgverleners) kennis overgebracht en er is sprake van betere samenwerking.

<sup>40</sup> R. Pepels, B. van der Linden, R. Huijsman (2004) *Vooraf doen! Handreiking voor succesvol implementeren van transmurale zorg*; D. Oudenampsen, S. Tan (2005). *Naar een goed functionerende zorgketen voor diabetes- en reumapatiënten*.

<sup>41</sup> H. Rosenthal (2002). *Comparative cohort studies in transmurale care. Three cases of structurally embedded practice in the Netherlands*.

<sup>42</sup> IGZ, november 2003. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200 XVI, nr. 175).

## 4 LANDELIJK BELEID

Wij hebben een analyse gemaakt van het overheidsbeleid gericht op chronisch zieken van de afgelopen vijftien jaar. Op basis hiervan willen wij vaststellen hoe de achtereenvolgende bewindspersonen van VWS het maken en het gebruik van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners hebben gestimuleerd en gefaciliteerd.

Wij zijn nagegaan welke activiteiten en beleidsinstrumenten (afgezien van wet- en regelgeving) door de bewindspersonen zijn aangekondigd en hoe deze zijn ingezet. We bespreken in dit verband twee instrumenten die de regionale en lokale zorgverleners moeten stimuleren tot afstemmingsafspraken, namelijk *protocollering* en *landelijke stimuleringsprogramma's* gericht op zorgvernieuwing en afstemming.<sup>43</sup> Daarnaast belichten we verschillende voorzieningen die beogen (betere) voorwaarden voor regionale en lokale samenwerking te scheppen.

In dit hoofdstuk presenteren we ook de ervaringen van zorgverleners met deze activiteiten en beleidsinstrumenten, zoals we die hebben opgetekend tijdens de gesprekken die we met hen hebben gevoerd.

### 4.1 Samenvatting

#### *Het overheidsbeleid sinds 1991*

In het beleid dat sinds 1991 wordt gevoerd op het terrein van de zorg voor chronisch zieken is afstemming en coördinatie van zorg door de betrokken zorgverleners een belangrijk aandachtspunt. De achtereenvolgende ministers van VWS hebben dit verschillende malen gesteld. Zij hebben hieraan echter geen meetbare doelstellingen verbonden, noch in de vorm van beoogde maatschappelijke effecten noch in de vorm van te leveren prestaties. Hoe de samenwerking en afstemming eruit moet zien, wordt overgelaten aan de veldpartijen.

De achtereenvolgende bewindspersonen van VWS geven geen systematisch vervolg aan eenmaal ingezette beleidsactiviteiten op het gebied van afstemming in de zorg voor chronisch zieken. Ook worden signalen die uit beleidsevaluaties naar voren komen niet systematisch opgepakt. In november 1998 is een nieuwe nota Chronisch Ziekenbeleid toegezegd, maar deze is tot op heden niet verschenen (in juni 2006 is gemeld dat een brief in de maak is). Er is ook nog niet gereageerd op de evaluatie en aanbevelingen van het Praktijk- en Beleidsprogramma Chronisch Zieken uit 2004.

Het uitgangspunt in het landelijke beleid is van meet af aan geweest dat de afstemming tussen zorgverleners op regionaal en lokaal niveau vorm moet krijgen. Hoewel bij herhaling, namelijk in 1994 (afloop eerste termijn Nationale Commissie Chronisch Zieken, NCCZ), in 1998 (eindevaluatie NCCZ) en in 2003 (onderzoek van IGZ) is vastgesteld dat de lokale en regionale afstemming onvoldoende van de grond komt, zijn de huidige beleidsinstrumenten die de minister inzet, grotendeels terug te leiden tot de beginperiode. Zij komen in de loop der jaren terug, soms met accentverschuivingen of concreter ingevuld, zonder dat duidelijk is of er rekening is gehouden met lessen uit het verleden.

Zorgverleners hebben in de gesprekken die wij met hen hebben gevoerd veelvuldig gewezen op de tegenstrijdige signalen die het Ministerie van VWS in hun visie afgeeft door enerzijds marktwerking en concurreren te stimuleren en anderzijds samenwerking te bevorderen.

<sup>43</sup> Deze programma's worden gefinancierd uit begrotingsgeld van het Ministerie van VWS en door de zorgverzekeraars uit de premiegelden.

### *Protocollen*

Het aantal landelijke protocollen en richtlijnen voor zorgverlening rond de aandoeningen depressie en rug-, nek- en schouderklachten is vergeleken met 2001 toegenomen, maar zij zijn vooral monodisciplinair gericht: ze zijn niet door en/of voor verschillende beroepsgroepen in onderling overleg opgesteld. In de richtlijnen worden weinig verbindingen gelegd met de zorg die wordt verleend door bedrijfsartsen en re-integratieartsen (arbocuratieve zorg).

Protocollen en richtlijnen worden door zorgverleners positief gewaardeerd. Maar de zorgverleners stellen wel vragen bij de doelmatigheid van het naast elkaar bestaan van richtlijnen van verschillende beroepsgroepen en organisaties. Voorts achten zij blijvende aandacht en financiering nodig voor het onderhoud en de implementatie van richtlijnen.

### *Stimuleringsprogramma's*

Sinds 1998 zijn er verschillende landelijke programma's uitgevoerd om de samenwerking in de zorg voor depressieve patiënten en patiënten met rug-, nek- en schouderklachten te stimuleren. Sommige van deze programma's zijn financieel ondersteund door het Ministerie van VWS met begrotingsgeld, andere door de zorgverzekeraars met premiegelden. Het blijkt niet eenvoudig om te achterhalen welke programma's er zijn (geweest) en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Ook het ministerie had deze gegevens desgevraagd niet paraat.

De regievoering bij de programma's gericht op afstemming in de zorgverlening rond depressie en rug-, nek- en schouderklachten is verschillend. Bij de depressieprogramma's is sprake van meer expliciete landelijke sturing en regie. Een deel ervan is uitdrukkelijk gericht op de regionale en lokale implementatie van landelijke protocollen en behandelprogramma's.

Uit evaluaties van het CVZ blijkt dat de zorgverzekeraars regelingen en programma's voor zorgvernieuwing slechts beperkt benut hebben. Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel zijn de regelingen vervallen. De Zorgverzekeringswet biedt volgens het ministerie meer ruimte voor zorgvernieuwingprojecten dan de Ziekenfondswet. Uit de gesprekken met zorgverleners is gebleken dat de rol van de zorgverzekeraar bij het tot stand komen van samenwerking veelal beperkt is.

De geïnterviewde zorgverleners zien (tijdelijke) financiering als een stimulans voor het opzetten van afstemmingsinitiatieven. Maar zij wijzen er ook op dat er (te)veel verschillende subsidies zijn en spreken van onduidelijkheid over financieringsvoorwaarden en over administratieve lasten. Ook zou de tijdelijke financiering niet voorzien in structurele voortzetting en verdere verspreiding van de initiatieven. Dat leidt tot een gebrekkige continuïteit van de kennisontwikkeling. Deze punten zijn ook naar voren gekomen in evaluaties van stimuleringsprogramma's.

### *Landelijke voorzieningen*

#### • Regionale structuur

Een regionale structuur voor het tot stand komen van afstemming tussen zorgverleners is – ondanks verschillende initiatieven van het ministerie en van de zorgverzekeraars – niet goed van de grond gekomen. De medische coördinatiecentra (MCC's; voor transmurale zorg) hebben nog geen landelijke dekking, en tussen de regionale ondersteuningsstructuren (ROSSen; voor eerstelijnszorg) bestaat een grote diversiteit. De minister ziet voor de premiegefinancierde ROSSen het «bevorderen van samenwerking» als mogelijke kernactiviteit, maar laat inrichting en positie verder

geheel over aan de veldpartijen. De rol en de positie van de ROSsen zijn nog niet uitgekristalliseerd.

- Landelijk elektronisch patiëntendossier

Ook het EPD komt moeizaam van de grond. In de loop der jaren is een variëteit aan (veelal instellingsgebonden) EPD's ontstaan, waardoor de noodzaak om aan te sluiten bij het landelijk EPD minder wordt gevoeld. Inmiddels heeft de minister de verantwoordelijkheid voor de tijdige totstandkoming genomen.

- Veldnormen voor ketenzorg

In 2006 is een «Voorlopig raamwerk voor toetsing van ketenkwaliteit in zorg en welzijn» geformuleerd, dat nog verder zal worden aangevuld en aangepast. Het voorlopig raamwerk sluit op verschillende punten aan bij de succesfactoren die in onze gesprekken met zorgverleners naar voren zijn gekomen, onder meer op het punt van patiëntbetrokkenheid en het organiseren van de samenwerking.

- Onderwijskundige invulling ketenzorg en meldpunt hinderlijke regelgeving in de zorg

De minister heeft de beroepsorganisaties en opleidingsinstituten gevraagd aandacht te besteden aan een onderwijskundige invulling van ketenzorg. Deze invulling heeft plaatsgevonden. De minister heeft ook overleg gevoerd met het CVZ over de inrichting van een meldpunt voor hinderlijke regelgeving (in de zorg). Bij het CVZ bleek een praktijkdesk met een vergelijkbare rol te bestaan. De minister heeft zich overigens niet verantwoord over deze beide acties noch over de resultaten daarvan.

#### **4.2 Beleidskader**

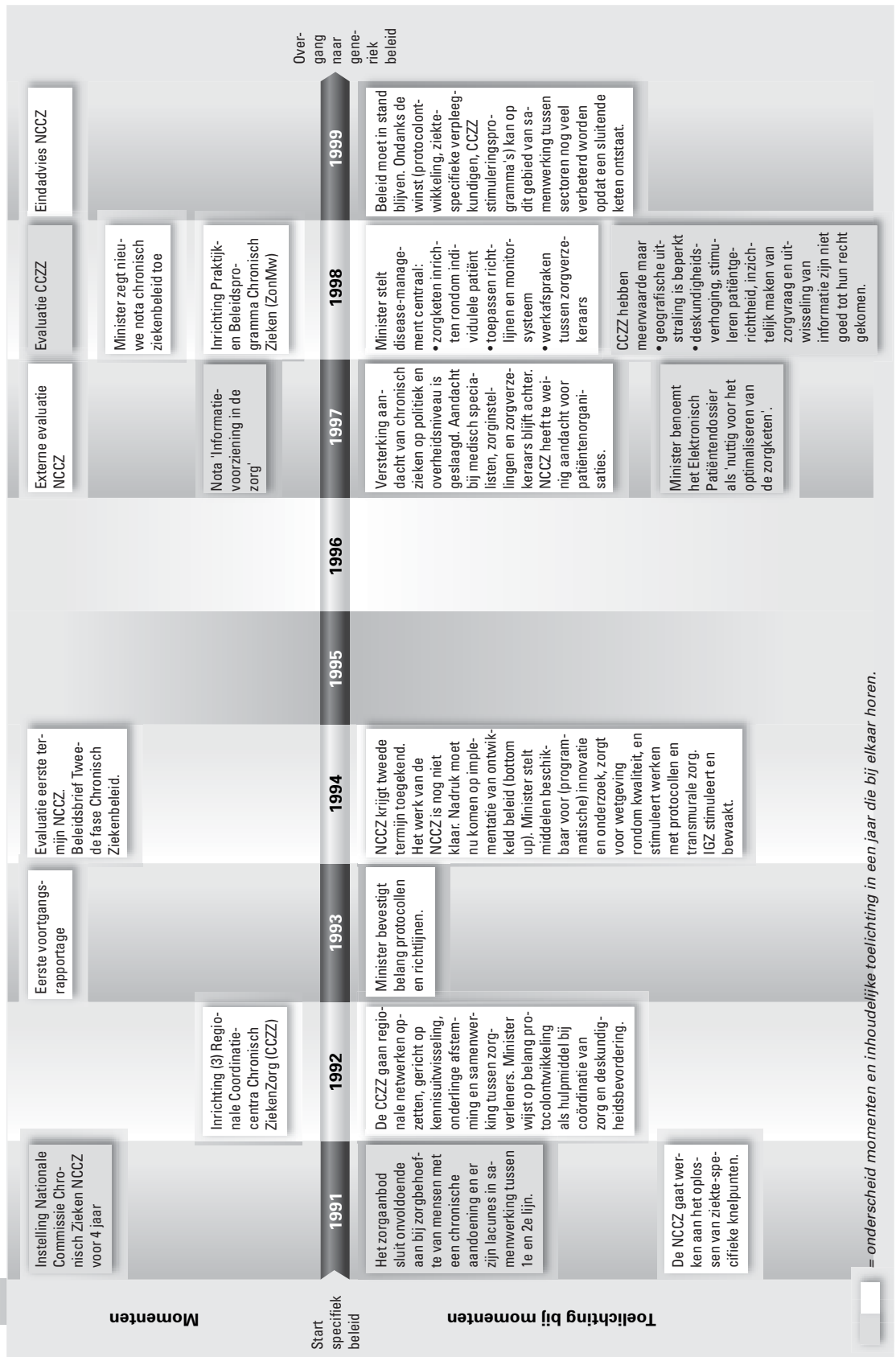
Wij hebben een analyse gemaakt van het landelijke beleid gericht op chronisch zieken van de afgelopen vijftien jaar, om vast te stellen hoe van rijkswege afstemmingsafspraken tussen zorgverleners zijn gestimuleerd en gefaciliteerd. In het landelijke beleid zijn twee periodes te onderscheiden:

1. 1991–1999, de periode waarin het Ministerie van VWS specifiek beleid gericht op de doelgroep van chronisch zieken heeft gevoerd;
2. na 1999, de periode waarin een verschuiving heeft plaatsgevonden van specifiek beleid naar generiek beleid dat (mede) moet bijdragen aan het tot stand komen van samenwerking tussen zorgverleners.

De resultaten van de beleidsanalyse zijn verkort weergegeven in de figuren 5a (1991–1999) en 5b (na 1999). De beleidsanalyse zelf is opgenomen in bijlage 4.

# Overzicht Chronisch Ziekenbeleid: specifiek beleid

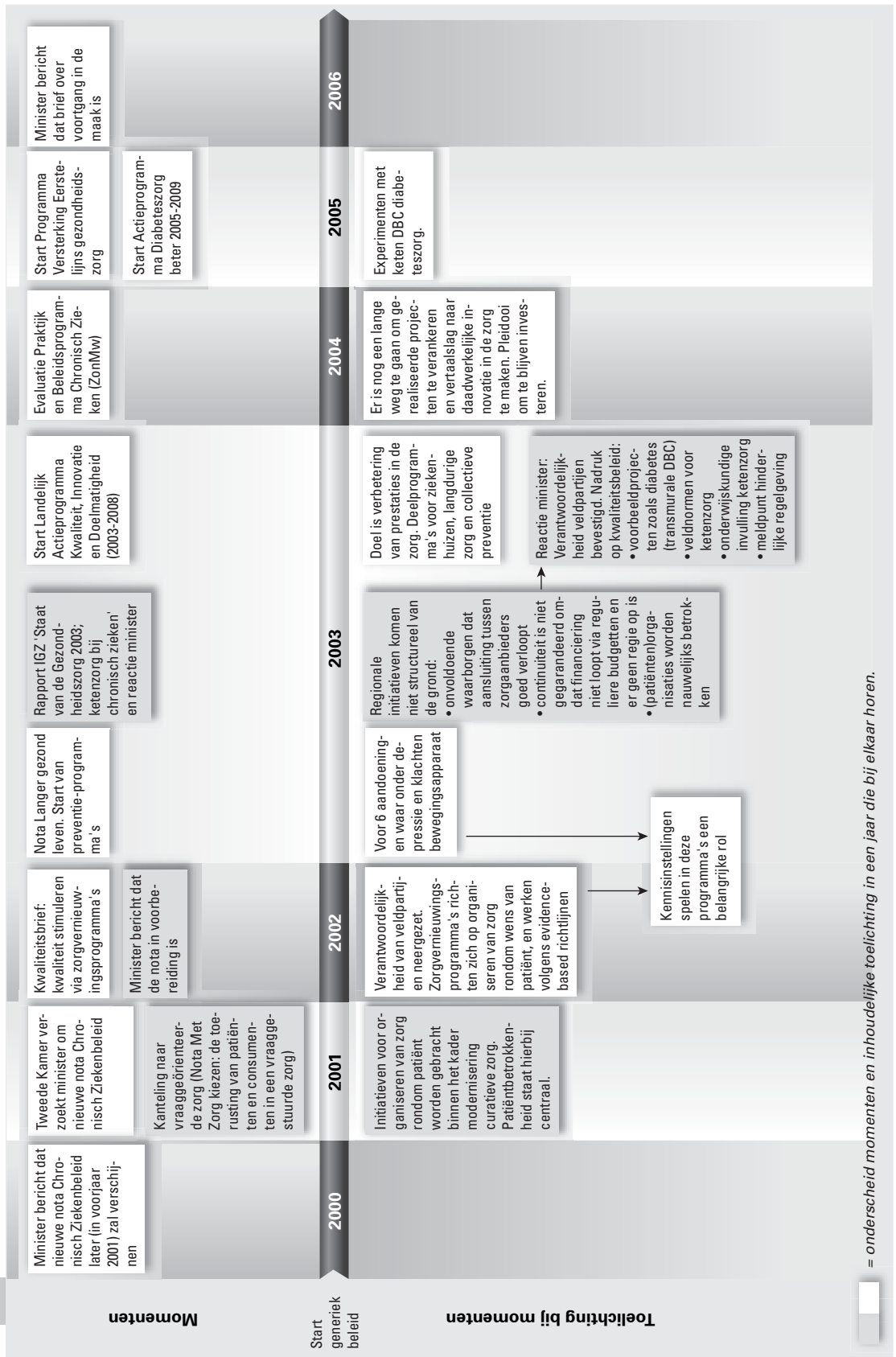
In de periode 1991 - 1999



= onderscheid momenten en inhoudelijke toelichting in een jaar die bij elkaar horen.

# Overzicht Chronisch Ziekenbeleid: generiek beleid

In de periode 2000-2006



= onderscheid momenten en inhoudelijke toelichting in een jaar die bij elkaar horen.



### Beleidsinstrumenten

Uit de figuren 5a en 5b wordt duidelijk dat het beleid van meet af aan gericht is geweest op het tot stand komen van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners. Overzicht 4 presenteert de beleidsinstrumenten en -activiteiten die daartoe – naast wet- en regelgeving – zijn ingezet en die in de volgende paragrafen aan de orde komen. Het betreft:

- landelijke stimuleringsactiviteiten die regionale en lokale veldpartijen moeten aanzetten tot het realiseren van concrete samenwerkingsinitiatieven, namelijk *protocolontwikkeling* (§ 4.3) en *stimuleringsprogramma's* (§ 4.4);
- *landelijke voorzieningen* die in meer algemene zin (betere) voorwaarden voor samenwerking moeten scheppen (§ 4.5).

**Overzicht 4** Overzicht onderzochte beleidsinstrumenten minister

	Type instrument	Voor het eerst genoemd
Protocolontwikkeling	Stimuleren	1992
Stimuleringsprogramma's	Stimuleren	1994
Diagnose-behandelcombinaties	Stimuleren	2003
Regionale ondersteuningsstructuren	Faciliteren	1992
Onderwijskundige invulling van ketenzorg	Faciliteren	2003
Elektronisch patiëntendossier	Faciliteren	1997
Meldpunt hinderlijke regelgeving	Faciliteren	2003
Veldnormen voor verantwoorde ketenzorg (HKZ)	Faciliteren	2003

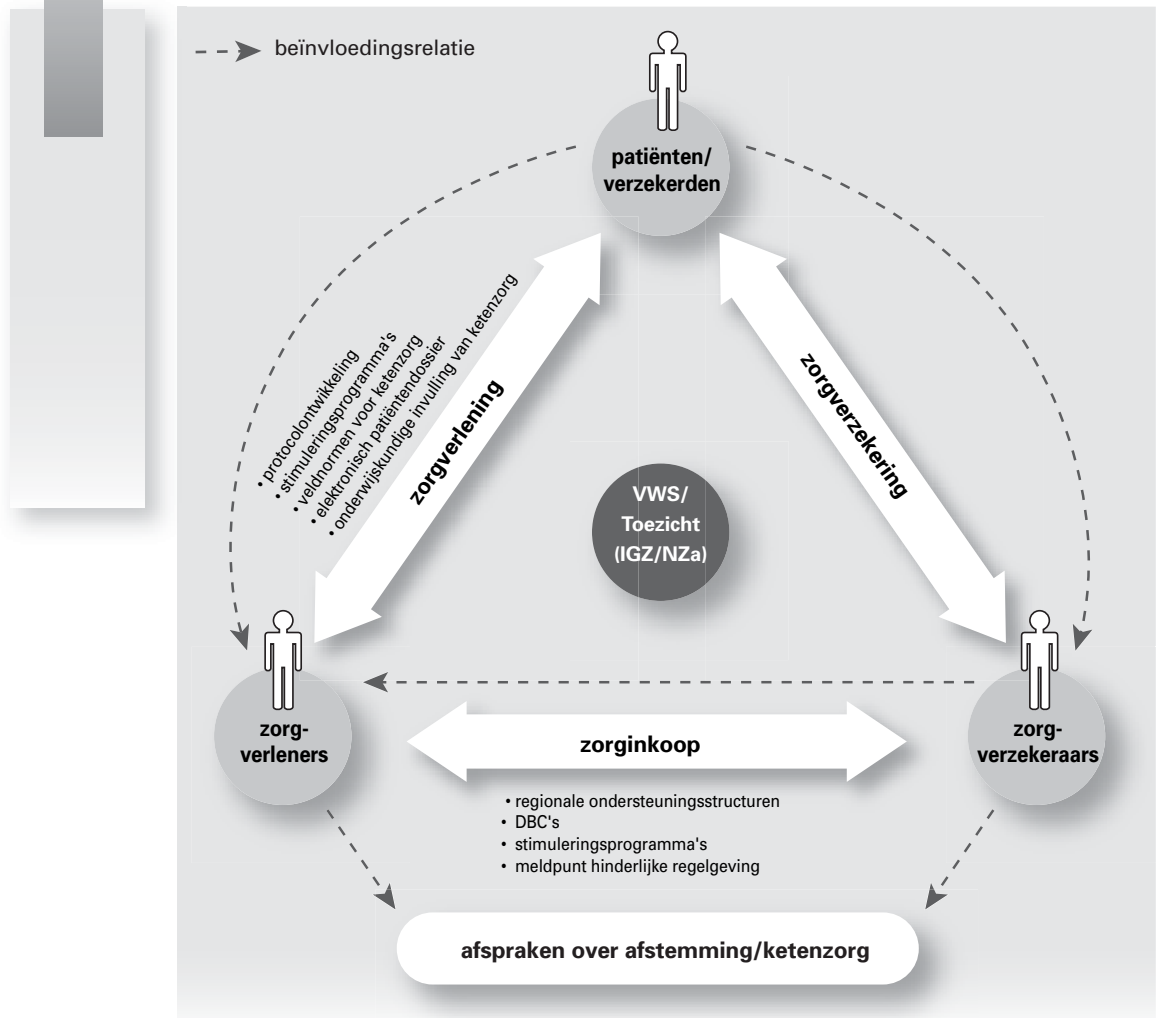
In dit onderzoek laten wij een derde stimuleringsinstrument: DBC buiten beschouwing. DBC's zijn per 1 januari 2005 ingevoerd als nieuw bekostigings- en honoreringssysteem voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Er is een keten-DBC diabeteszorg ontwikkeld die als grondslag zal dienen voor experimenten. Bij deze experimenten<sup>44</sup> gaat het om de vragen hoe het instrument keten-DBC het best kan worden toegepast, hoe de kostenontwikkeling verloopt, en welke organisatievormen en functies ontstaan. Omdat er voor de twee aandoeningen uit ons onderzoek nog geen DBC's zijn ontwikkeld, blijft dit instrument hier onbesproken.

In figuur 6 is de schets van relevante actoren in het zorgveld uit figuur 1 (pagina 30) aangevuld met de onderzochte beleidsinstrumenten die de achtereenvolgende bewindspersonen vanaf 1991 hebben ingezet om het tot stand komen van afstemming tussen zorgverleners te bevorderen.

<sup>44</sup> Vertaald in actieprogramma «Diabeteszorg beter» voor de periode 2005–2009 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 22 894, nr. 41).

## Relevante actoren en onderzochte beleidsinstrumenten van de minister van VWS

Figuur 6



### *Financieel belang*

De verschuiving in 1999 naar generiek beleid maakt dat het niet goed mogelijk is om op basis van rijksbegrotingen het financieel belang vast te stellen van het rijksbeleid gericht op het bevorderen van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners. De beleidsinstrumenten maken veelal deel uit van een breder beleid en de geldstromen kunnen niet altijd worden gespecificeerd naar de doelgroep chronisch zieken of de beleidsdoelstelling «bevorderen van afstemmingsafspraken».

### *Visie zorgverleners op landelijk beleid*

Tijdens onze gesprekken met zorgverleners werd vaak opgemerkt dat er naar het gevoel van de betrokken zorgverleners een spanningsveld bestaat tussen enerzijds concurreren (marktwerking) en anderzijds samenwerking. Het veld heeft behoefte aan een visie van het ministerie op het thema samenwerking in relatie tot gereguleerde marktwerking.

## **4.3 Protocolontwikkeling**

In 1992 stelde de toenmalige minister van VWS zich achter een rapport<sup>45</sup> waarin werd gesteld dat de protocolontwikkeling in de diagnostiek, behandeling en begeleiding van chronisch zieken door beroepsgroepen en brancheverenigingen bevorderd diende te worden als hulpmiddel bij de coördinatie van zorg.<sup>46</sup> Een jaar later bevestigde de minister veel waarde te hechten aan de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen, ter verbetering van de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners aan chronisch zieken.<sup>47</sup>

### **Protocolontwikkeling voor zorgverlening rond chronische aandoeningen**

#### *Behandeling depressieve patiënten*

Beroepsverenigingen van onder meer huisartsen en bedrijfsartsen en instellingen in de GGZ hebben in de jaren negentig verschillende monodisciplinaire richtlijnen ontwikkeld. Het Trimbos-instituut ontwikkelde in 2001–2003 een «stepped care»-programma voor depressie. Dit ondersteunt zorgverleners bij beslissingen over diagnostiek en behandeling van depressieve patiënten. Het uitgangspunt is «getrapte zorg» waarbij gekozen wordt voor de minimale interventie die nog effectief is.

Door het denken in termen van zorgtrajecten ontstond behoefte aan geïntegreerde richtlijnen, waarin de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces worden beschreven. Dit heeft geleid tot de *multidisciplinaire richtlijn depressie*. De implementatie en doorwerking van deze richtlijn is door het Trimbos-instituut ter hand genomen via een *landelijk basiszorgprogramma Depressie* en via een implementatiestrategie om de multidisciplinaire richtlijn in *onderdelen* te implementeren (om te beginnen die welke door de betreffende regio als hoogste prioriteit worden aangemerkt).

#### *Behandeling patiënten met rug-, nek- en schouderklachten*

Ook voor rug-, nek- en schouderklachten zijn richtlijnen ontwikkeld, veelal door de afzonderlijke beroepsgroepen. Hierbij is behalve door de huisartsen en de bedrijfsartsen ook een grote inspanning gepleegd door de paramedische beroepsgroepen. Begin jaren negentig hebben deze drie kwaliteitsprogramma's ontwikkeld, financieel ondersteund door het Ministerie van VWS.<sup>48</sup>

Multidisciplinaire richtlijnen zijn er later ook gekomen. De eerste stamt uit 1995 en betreft de behandeling van hernia. Deze is onder auspiciën van het CBO voorbereid door een groot aantal beroepsverenigingen. In 1999 is op initiatief van de Nederlandse Orthopedische Vereniging begonnen met de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn over specifieke lage rugklachten (met financiële steun van ZonMw en onder auspiciën van het CBO).

Er zijn twee richtlijnen van de Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeeneskunde, die specifiek ingaan op het handelen van de bedrijfsarts.

### *Ontwikkeling aantal protocollen sinds 2001*

IGZ heeft in haar onderzoek het aantal landelijke protocollen en richtlijnen voor chronische aandoeningen in 2001 geïnventariseerd. Wij hebben voor de aandoeningen depressie en rug-, nek- en schouderklachten gekeken wat de situatie anno 2006 is. We hebben deze vergeleken met de situatie in 2001. (Zie bijlage 5 voor een overzicht van de richtlijnen).

Uit onderstaand overzicht blijkt dat voor de twee door ons onderzochte chronische aandoeningen het aantal landelijke protocollen en richtlijnen of initiatieven is toegenomen – zeker het aantal protocollen voor de

<sup>45</sup> Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1992). *Chronisch zieken in het jaar 2005, deel 4: scenario's voor het beleid*.

<sup>46</sup> Richtlijnen en protocollen zijn begin jaren zeventig opgekomen als instrument om de kwaliteit van zorg te bevorderen. Zij worden ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (voorheen Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing) en/of beroepsverenigingen.

<sup>47</sup> Eerste voortgangsrapportage. Tweede Kamer, vergaderjaar 1993–1994, 22 025, nr. 6.

<sup>48</sup> De kwaliteitsprogramma's zijn: «Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)», «Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ)» en «Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (IKPZ)».

behandeling van rug- en nekklachten. Het betreft vooral monodisciplinaire richtlijnen; drie zijn multidisciplinair (door en/of voor verschillende beroepsgroepen in onderling overleg ontwikkeld).

**Overzicht 5 Aantal protocollen, richtlijnen en standaarden (2001 en 2006)**

	Aantal protocollen en richtlijnen 2001 (waarvan multidisciplinair)	Aantal protocollen en richtlijnen 2006 (waarvan multidisciplinair)
Depressie	2 (1)*	3 (1)**
Rug- en nekklachten	3*** (1)	9 (2)
Schouderklachten	5 (-)****	6 (-)

\* De multidisciplinaire richtlijn was nog in ontwikkeling.

\*\* De multidisciplinaire richtlijn is niet geaccepteerd door de NHG en de patiëntenorganisatie Pandora; hierin is het «stepped care»-programma depressie verwerkt, dat verder niet afzonderlijk is meegeteld.

\*\*\* Dit aantal betreft dorsopathieën (alleen rug- en nekklachten).

\*\*\*\* Reconstructie op basis van de inventarisatie van de Algemene Rekenkamer in 2006.

Drie monodisciplinaire richtlijnen betreffen de bedrijfsartsenzorg (één voor depressie, één voor rug- en nekklachten en één voor schouderklachten). In de richtlijnen van de andere beroepsgroepen en ook in de multidisciplinaire richtlijnen worden niet of nauwelijks verbanden gelegd met de zorg die bedrijfsartsen en reïntegratieartsen leveren (arbocuratieve zorg).

De onderzochte protocollen en richtlijnen hebben vooral betrekking op de inhoud van de zorg (diagnostiek en behandeling) en op de afbakening van taken en bevoegdheden van de zorgverleners (afspraken over overdracht en verwijzing). Meer dan de helft van de afspraken omvatten ook aspecten als kwaliteitsbewaking (afspraken over afstemming en communicatie), toegankelijkheid van gegevens (gemeenschappelijk patiëntendossier) en gemeenschappelijke interpretatie van wetgeving en/of onderzoek («evidence based»). Vooral de meer recente richtlijnen omvatten organisatieaspecten.

*Visie zorgverleners op protocolontwikkeling*

Protocollen worden, zo blijkt uit onze gesprekken met zorgverleners, in het algemeen als positief ervaren: het wordt van belang geacht dat er op landelijk niveau consensus bestaat, zodat niet iedere keer op lokaal/regionaal niveau het wiel opnieuw wordt uitgevonden. Twee punten van zorg worden geuit:

- De zorgverleners wijzen erop dat het Ministerie van VWS de ontwikkeling van richtlijnen financieel ondersteunt, maar niet de implementatie en het onderhouden daarvan.<sup>49</sup>
- Veel zorgverleners plaatsen vraagtekens bij de doelmatigheid van het bestaan van richtlijnen van verschillende organisaties of beroepsgroepen.

**4.4 Stimuleringsprogramma's**

*4.4.1 Stimuleringsprogramma's van het Ministerie van VWS*

In 1994 stelde de toenmalige minister van VWS zich de taak om voorwaarden te scheppen voor de implementatie van het beleid om de zorg voor chronisch zieken te vernieuwen. Zij wilde dat doen door «voldoende middelen ter beschikking te stellen voor innovaties, experimenten en

<sup>49</sup> Ook de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen wijzen erop dat de implementatie en monitoring van de richtlijnen nog onvoldoende is en dat het up-to-date houden van richtlijnen aandacht vraagt. Zij vragen daarom om structurele financiering van richtlijnontwikkeling, implementatie en -onderhoud. Zie J. S. Burgers e.a.: «Behoud het goede» (artikel in Medisch Contact, 15 oktober 2004); «Continuïteit in kwaliteit»; artikel in Signaal paramedische zorg, mei 2005; uitspraak op de website van de orde van medisch specialisten: «Het spreekt voor zich dat dit alleen kan worden ontwikkeld en onderhouden als dit op structurele wijze wordt gefinancierd.» ([www.orde.artsennet.nl](http://www.orde.artsennet.nl), geraadpleegd in mei 2006).

stimuleren van verder onderzoek», en door «bij te dragen aan het structureel implementeren van oplossingen die aangedragen worden door het veld ter verbetering van de gezondheidszorg».<sup>50</sup> Vanaf 1994 zijn stimuleringsprogramma's een belangrijk onderdeel blijven vormen van het beleidsinstrumentarium.

Het ministerie had zelf geen volledig en systematisch overzicht beschikbaar van de afgeronde en lopende programma's en projecten. Wij hebben de landelijke programma's geïnventariseerd die vanaf 1999 met financiële steun van het ministerie zijn uitgevoerd en die gericht zijn op een betere afstemming van zorg bij de aandoeningen depressie en rug-, nek- en schouderklachten (bijlage 6). Deze programma's worden veelal uitgevoerd in opdracht van ZonMw. Bij de uitvoering van depressieprogramma's speelt het Trimbos-instituut veelal een centrale rol. Drie van de zes programma's zijn gericht op de organisatie van de GGZ-zorg en de samenwerking tussen de GGZ en de eerstelijnszorg. De programma's voor rug-, nek- en schouderklachten worden uitgevoerd door verschillende kennisinstituten en universiteiten. Zij blijken vooral gericht op het ontwikkelen van protocollen en behandelprogramma's voor revalidatie.

In onze gesprekken met zorgverleners is gebleken dat stimuleringsprogramma's in het algemeen als positief worden ervaren. Er worden echter ook kritische opmerkingen gemaakt:

- Er is een gebrekkige continuïteit van kennisontwikkeling.
- De financiering is te veel projectgericht en is niet gericht op de implementatie.
- Er is verschil in regievoering bij de implementatie van afspraken. Landelijke regie lijkt een succesfactor bij aandoening depressie.
- Er zijn (te) veel verschillende subsidies, waardoor «door de bomen het bos niet meer te zien is». Daarbij is ook sprake van onduidelijkheden over de financieringsvoorwaarden en administratieve lasten (aanvraagprocedures en informatie-eisen die veel tijd kosten en niet op elkaar aansluiten).

#### 4.4.2 Stimuleringsgelden van de zorgverzekeraars

Ook de zorgverzekeraars financieren (met premiegelden) zorgvernieuwingprojecten. Relevant in het kader van dit onderzoek zijn de *Flexizorgregeling (1996–2002)* en de *Initiatiefruimte ziekenfondsverzekering (2002–2006)*,<sup>51</sup> beide uitgevoerd door de afzonderlijke zorgverzekeraars, en het programma *Zorgverbetering en doelmatigheid (2003–2006)*<sup>52</sup> van het CVZ. De regelingen zijn in beperkte mate gebruikt voor de twee aandoeningen in dit onderzoek.<sup>53</sup> Zij zijn met ingang van 2006 als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet vervallen.

Bij evaluaties door het CVZ van de Flexizorgregeling in 2000 en van de Initiatiefruimte in 2005 in 2000 en 2005 is gebleken dat de zorgverzekeraars de financiële ruimte maar in beperkte mate benutten. Bij een tussenevaluatie van het programma «Zorgverbetering en doelmatigheid» in 2004 constateerde het CVZ dat transmurale projecten maar moeizaam van de grond komen, door het ontbreken van een structurele financieringsstructuur. Het CVZ doet daarom de aanbeveling dat de minister van VWS zou moeten onderzoeken of er in het budgetteringssysteem van de zorgverzekeraars rekening kan worden gehouden met zorgvernieuwing-investeringen. Ook zouden zorgverleners en zorgverzekeraars meer

<sup>50</sup> Beleidsbrief Tweede fase Chronisch ziektenbeleid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994–1995, 22 025, nr. 8.

<sup>51</sup> Deze regelingen houden in dat (voormalige) ziekenfondsen een deel van hun verstrekkingenbudget kunnen inzetten voor zorgvernieuwing.

<sup>52</sup> Dit programma beoogt zorgverzekeraars te stimuleren om samen met zorgverleners activiteiten te gaan ontplooiën die zijn gericht op zorgverbetering.

<sup>53</sup> Het projectenoverzicht (begin 2006) bevat vijf projecten die zijn gefinancierd uit de Initiatiefruimte en die betrekking hebben op rug-, nek- en schouderklachten en twee projecten inzake depressie. Het doorbraakproject depressie is mede uit het programma «Zorgverbetering en doelmatigheid» gefinancierd.

resultaatgerichte afspraken moeten maken en meer gebruik moeten maken van de ervaringen van patiënten.

In onze gesprekken met zorgverleners hebben wij gevraagd of zorgverzekeraars naar hun mening voldoende doen om het tot stand komen van afstemmingsinitiatieven te bevorderen (zie overzicht 6).

#### Overzicht 6 Oordeel van respondenten over de rol van de zorgverzekeraar

Doet de verzekeraar/het zorgkantoor voldoende om samenwerking te bevorderen?	Aantal afstemmingsinitiatieven	
	Depressie (n=15)	Rug-, nek- en schouderklachten (n=12)
Ja	5	1
Nee	5	7
Neutraal/geen mening/onduidelijk	5	4

Voor zover deze vraag positief wordt beantwoord, blijkt uit de gegeven toelichting dat de zorgverzekeraar meestal «positief heeft meegedacht» (in de zin van het tonen van positieve betrokkenheid, bereidheid tot investering en een coöperatieve houding). In enkele gevallen wordt een meer actieve/stimulerende rol van de zorgverzekeraar gemeld (aanzetten tot protocollering en extra gelden voor declaratie van niet-cliëntgebonden uren).

Wanneer de vraag negatief werd beantwoord, hebben we aan de zorgverleners gevraagd of zij vinden dat de zorgverzekeraar een rol *behoort* te spelen. Dat blijkt meestal wel het geval, waarbij vooral wordt gedacht aan financiële prikkels.

#### Suggesties van zorgverleners voor een actievere rol van de zorgverzekeraar

- Zorgverzekeraars zouden geld beschikbaar moeten stellen voor het ontwikkelen van preventieprojecten.
- Investerings van zorgverzekeraars zijn nodig om grootschalige projecten op te zetten en netwerken uit te bouwen; de eigen budgetten zijn niet toereikend voor structurele samenwerking en kwaliteitsverbeteringen.
- Zorgverzekeraars zijn aan zet om te voorzien in een toekomstbestendige financieringsstructuur voor de samenwerking binnen de eerste lijn.

## 4.5 Landelijke voorzieningen

### 4.5.1 Regionale structuren

Al in 1992 onderkende de toenmalige minister van VWS het belang van een regionale structuur voor het tot stand komen van samenwerking tussen zorgverleners.<sup>54</sup> In 1994 werden met steun van de minister drie coördinatiecentra chronisch zieken (CCZ's)<sup>55</sup> opgericht, met als doel onder meer: «het bevorderen van een systematische samenwerking tussen verschillende disciplines en voorzieningen door middel van netwerkvorming».

Een evaluatierapport uit 1999<sup>56</sup> concludeerde dat de centra een katalyserende rol gespeeld hebben in het stand brengen van vormen van institutionele samenwerking tussen zorgverleners, maar dat de geografische uitstraling beperkt was gebleven tot de locaties waar de projecten werden uitgevoerd en soms zelfs tot de betrokkenen bij het project. De

<sup>54</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1991–1992, 22 025, nr. 5.

<sup>55</sup> RCCZ-Noord Nederland (Groningen), RCCZ-Rotterdam en RCCZ-Synchron (Hoensbroek).

<sup>56</sup> Evaluatierapport *Coördinatiecentra chronisch zieken: (on)misbaar voor de toekomst?*, IVA, 1999.

drie CCZ's bestaan inmiddels niet meer en wij hebben niet kunnen achterhalen of hun taken elders zijn belegd.

In zijn reactie op het eerder aangehaalde rapport van IGZ<sup>57</sup> gaf de minister van VWS in 2003 opnieuw aan belang te hechten aan een goede regionale structuur waarin specifieke afspraken over ketenzorg kunnen worden gemaakt.

Op dit moment zijn er drie regionale structuren die een rol moeten spelen in het tot stand komen van regionale samenwerking in de eerste- en/of tweedelijnsgezondheidszorg:

### 1. Medisch coördinerende centra (MCC's)

Om de regionale samenwerking te bevorderen zijn begin jaren negentig door de zorgverleners zelf MCC's opgericht. Dit zijn regionale kennis- en expertisecentra voor transmurale afstemming, werkzaam op het snijvlak van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. De MCC's houden zich onder andere bezig met het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen voor regionale samenwerking.

In 1995 is de landelijke Federatie van Medisch Coördinerende Centra (FMCC) opgericht, die inmiddels 23 leden telt.<sup>58</sup> De activiteiten van deze federatie worden gefinancierd uit eigen middelen van zorginstellingen.

#### Werkzaamheden van MCC's op het terrein van rug-, nek- en schouderklachten

Er zijn verschillende MCC's die werkzaamheden uitvoeren op het terrein van rug-, nek- en schouderklachten:

- Een eerste voorbeeld is het project «Ketenzorg voor patiënten met de lumbosacraal radiculair syndroom» waarin huisartsen, fysiotherapeuten, medewerkers thuiszorg en medisch specialisten participeren. Het project beoogt knelpunten in het zorgverleningsproces op te lossen, zoals druk van de patiënt bij conservatief behandelbeleid, geen afstemming in de zorgketen, lange doorlooptijd op de polikliniek. Er is een transmuraal protocol opgesteld, met behandelafspraken over de aanpak van de hernia van de rug tussen huisartsen fysiotherapeuten en medisch specialisten.
- Een tweede voorbeeld is een samenwerkingsverband tussen huisartsen, medisch specialisten en verpleeghuisartsen met als doel de samenwerking, de doorverwijzing en de diagnostiek van huisartsen te verbeteren. Met het whiplash-protocol zijn tussen de eerste- en tweedelijns zorgverleners afspraken gemaakt over de diagnostiek en behandeling van whiplash.

### 2. Ondersteunende organisaties in de eerste lijn

Binnen de eerstelijnszorg bestaan verschillende soorten (facilitaire) organisaties die inhoudelijke ondersteuning (gericht op samenwerking, kwaliteit en innovatie in de zorgverlening), dan wel bedrijfsmatige ondersteuning (gericht op werkgeverschap, ICT, huisvesting en administratie) bieden, of combinaties daarvan.

Een voorbeeld van inhoudelijke ondersteuning zijn gezondheidscentra waarin zorgverleners op wijkniveau samenwerken. Voor deze gezondheidscentra bestaat een subsidieregeling voor organisatiekosten die niet kunnen worden gefinancierd uit de reguliere zorgvergoedingen (Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra).<sup>59</sup> Per 1 januari 2007 wordt deze subsidiëring beëindigd en moeten de lasten voor facilitaire ondersteuning gedekt gaan worden vanuit de reguliere zorgvergoedingen.

Zorgverzekeraars Nederland, de Landelijke Vereniging voor Geïntegreerde Eerstelijnszorg en het Ministerie van VWS werken aan een nieuw systeem om geïntegreerde samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg te bekostigen.

### 3. Regionale ondersteuningsstructuren (ROSSen)

Vanaf 1 januari 2005 bieden veel zorgverzekeraars ondersteuning aan via

<sup>57</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200 XVI, nr. 175.

<sup>58</sup> De centra hebben verschillende benamingen (meestal Medisch Coördinerend Centrum, transmuraal centrum of netwerk).

<sup>59</sup> Staatscourant 1987, 70. De regeling wordt uitgevoerd door het CVZ, dat daarnaast ook de regeling Zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden uitvoert.

regionale ondersteuningsstructuren (ROSSen).<sup>60</sup> De minister van VWS wilde dat met premiegefinancierde middelen een geïntegreerde ondersteuningstructuur voor de gezamenlijke beroepsbeoefenaren in de eerstelijns gezondheidszorg zou worden gerealiseerd. De eerstelijnszorg kende tot dat moment verschillende ondersteuningsstructuren (per beroepsgroep) die verschilden in organisatie en financiering.<sup>61</sup> Er zijn intussen 25 ROSSen werkzaam.<sup>62</sup>

De minister heeft geen aanwijzingen gegeven voor de inrichting en de taken van de ROSSen. Dit wordt aan de regionale en lokale veldpartijen overgelaten.

De minister heeft wel «mogelijke kernactiviteiten» voor de ROSSen geformuleerd:<sup>63</sup>

- beleidsmatige, bestuurlijke en coördinerende taken gericht op het realiseren van samenhang, samenwerking en innovatie in de eerstelijnszorg en op afstemming met andere partijen;
- projectmatige taken op het gebied van kwaliteitsimplementatie of deskundigheidsbevordering van eerstelijns zorgverleners;
- het maken van regionale en lokale protocollen om de landelijke standaarden en richtlijnen uit te werken;
- inkoop van zorg (sluiten van collectieve inkoopcontracten ten behoeve van de zorgverleners).

Wij hebben tijdens onze gesprekken met zorgverleners geïnformeerd naar hun ervaringen met de ROSSen. De geïnterviewden meenden dat een goede regionale structuur het gemakkelijker zou maken om te komen tot afstemmingsafspraken. Diverse geïnterviewden gaven echter aan dat de positie en de rol van de ROSSen nog niet is uitgekristalliseerd. Dit geldt zowel voor het aantal partners/zorgverleners dat in het ROS participeert, voor de beoogde rol (zorginhoud en/of organisatie) als de voor de onderliggende financiering.

In sommige gevallen is de ROS-functie toegekend aan een reeds bestaande ondersteuningsstructuur (bijvoorbeeld aan een facilitaire organisatie van een stichting van gezondheidscentra). In andere gevallen werd gemeld dat een goed functionerende andere structuur was opgeheven ten behoeve van het ROS. Zonder uitzondering gaven deze respondenten aan dat dit ten koste gaat van de continuïteit, vooral op kennisgebied.

#### 4.5.2 Onderwijskundige invulling van ketenzorg

In zijn reactie op het eerder aangehaalde rapport van IGZ<sup>64</sup> gaf de minister van VWS in 2003 aan dat hij extra aandacht zou gaan besteden aan de onderwijskundige invulling van ketenzorg voor chronisch zieken.<sup>65</sup> Hij zou de daarvoor in aanmerking komende beroepsorganisaties en opleidingsinstituten inschakelen. Vervolgens heeft het ministerie zeven organisaties<sup>66</sup> aangeschreven met het verzoek om aandacht te besteden aan verschillende onderwerpen, waaronder ketenzorg in opleidingen. Het onderwerp ketenzorg in opleiding is in 2004 en 2005 geagendeerd voor het jaarlijks overleg met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Het veld zelf heeft diverse initiatieven op dit terrein ontplooid (in het kader van de aanpak van verwachte tekorten aan personeel in de zorg en vaak in combinatie met taakherschikking).<sup>67</sup>

<sup>60</sup> De dominante zorgverzekeraar bekostigt ondersteuning voor alle zorgverleners in de eerstelijnszorg in de regio (dus niet alleen voor de zorgverleners die hijzelf heeft gecontracteerd).

<sup>61</sup> Voortgangsrapportage Programma Versterking Eerste lijn (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 247, nr. 34). Voor de overwegingen (met name doelmatigheid) wordt verwezen naar de herijking van het subsidiebeleid van het Ministerie van VWS (nota Kennis, Innovatie en Meedoen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 214, nr. 1).

<sup>62</sup> Uit onderzoek van het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ; publicatie 2006, nr. 30) blijkt dat de middelen voor de regionale ondersteuning (€ 16 miljoen in 2005) overwegend ten goede zijn gekomen aan de samenhang en samenwerking van de eerstelijns zorgverleners. Er zijn vooral verschillen bij activiteiten op het gebied van de facilitaire ondersteuning en op het gebied van de kwaliteitsimplementatie. Er blijkt onduidelijkheid te zijn over de door het ministerie aangegeven kaders.

<sup>63</sup> Brief Programma versterking eerste lijn (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 247, nr. 4).

<sup>64</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200, XVI, nr. 175.

<sup>65</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200, XVI, nr. 175.

<sup>66</sup> Brief van 1 maart 2004 (kenmerk IBE/BO-2455824).

<sup>67</sup> KNMG (2002). *De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm*.



### Onderwijskundige invulling van ketenzorg

De door ons geïnterviewde zorgverleners waren in het algemeen positief over de manier waarop ketenzorg voor chronisch zieken is ingepast in de opleiding. Zij merken bijvoorbeeld dat de huidige lichte huisartsen-in-opleiding samenwerking meer als een vanzelfsprekendheid ziet. Ook wijzen zij op modules over samenwerkingsaspecten in opleidingen, op praktijkuitwisseling tijdens opleidingen en op opleidingen die door verschillende beroepsgroepen gezamenlijk worden georganiseerd. Maar er wordt ook gewaarschuwd voor de toenemende diversiteit in vooral de verpleegopleidingen, hetgeen de transparantie voor de zorgverleners én voor de patiënten niet bevordert.

#### 4.5.3 Elektronisch patiëntendossier

De minister van VWS ziet ICT als een onmisbare schakel in de verbetering van ketenzorg.<sup>68</sup> Hij wil onder meer de introductie van een EPD bevorderen, dat de communicatie en afstemming tussen zorgverleners moet verbeteren. Beleidsintenties voor de ontwikkeling van een EPD bestaan al lang. In eerste instantie werd daarbij uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van het zorgveld.

### Geschiedenis van het EPD

In 1997 benoemde de minister van VWS een EPD expliciet als aandachtspunt voor de korte termijn.<sup>69</sup> Hij ging daarbij uit van de eigen verantwoordelijkheid van het zorgveld, waar reeds allerlei initiatieven werden ontplooid. Hij zou trachten de initiatieven in het veld op elkaar af te stemmen.

In 2000 heeft de minister extra gelden ter beschikking gesteld (220 miljoen gulden) om de inzet van ICT in de zorg te vergroten.<sup>70</sup>

In het Jaarplan 2002 van het ministerie werd de creatie van een landelijk EPD als speerpunt opgenomen.

Begin 2002 meldde de minister dat inmiddels op vele plekken gewerkt werd met onderdelen van het EPD.<sup>71</sup> Het EPD zou in 2004 landelijk beschikbaar kunnen zijn. De minister meldde echter ook dat sprake was van onderbesteding van de extra middelen die ter beschikking waren gesteld, als gevolg van het ontbreken van zinvolle projecten. Van de 220 miljoen gulden was maar 153 miljoen gulden besteed.

In 2003 werd in een evaluatierapport geconcludeerd dat visie en doelstellingen van het ministerie niet expliciet waren geformuleerd en gecommuniceerd met partijen in het veld en met de politiek.<sup>72</sup>

In de oorspronkelijke planning van het programma ZorgICT, dat moet bijdragen aan verbetering van ketenzorg met inzet van ICT,<sup>73</sup> zijn de volgende implementatiestappen voor de creatie van het EPD voorgenomen:

- Realisatie van de landelijke infrastructuur (operationeel in januari 2006).
- Eerste fase van de invoering van het elektronisch medicatiedossier (EMD) en waarnemendossier huisartsen (WDH). Volgens de oorspronkelijke planning zou aan het eind van het eerste kwartaal van 2006 vijf tot tien procent van de ziekenhuizen, apotheken en centrale huisartsenposten met het EMD en/of WDH werken. Landelijke uitrol zou daarna plaatsvinden.

<sup>68</sup> Zie onder meer Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200, nr. 175.

<sup>69</sup> In de nota *Informatievoorziening in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997–1998, 25 669, nr. 2).

<sup>70</sup> Beleidsbrief en actieplan *ICT in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 27 529, nr. 1.

<sup>71</sup> Voortgangsrapportage over ICT in de zorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 27 529, nr. 3).

<sup>72</sup> B&A groep (2003). *Evaluatie Stimulering ZorgICT*.

<sup>73</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200, nr. 175.

<sup>74</sup> Deze organisatie richt zich op de invoering van de eerste fase in koploperomgevingen en de vervolgfase van de landelijke uitrol. Verder worden voorbereidingen getroffen voor de Wet op het EPD, die moet waarborgen dat alle zorgverleners zullen aansluiten op het Landelijk Schakelpunt en hun patiëntgegevens zullen ontsluiten.

Het ministerie heeft inmiddels de verantwoordelijkheid op zich genomen voor de tijdige totstandkoming van het EPD, dat wil zeggen de afronding van het wetgevingstraject, de realisatie van de landelijke infrastructuur en de zorg dat zorgverleners niet achterblijven met het aanpassen van hun informatiesystemen.

Eind 2005 meldde de minister dat meer tijd nodig is om de huidige informatiesystemen aan te passen volgens de landelijke standaarden. De invoering gaat landelijk waarschijnlijk vanaf 1 januari 2007 plaatsvinden. Ter ondersteuning hiervan is binnen het Ministerie van VWS een implementatieorganisatie ingericht.<sup>74</sup> Inmiddels (april 2006) staan onderdelen van de infrastructuur klaar voor gebruik.

Uit onze gesprekken met zorgverleners is naar voren gekomen dat zo goed als alle bezochte regionale/lokale samenwerkingsverbanden een vorm van ICT benutten ter ondersteuning van hun samenwerking. Dit zijn over het algemeen lokaal functionerende systemen, instellingsgebonden of binnen één discipline. Gegevensuitwisseling buiten de eigen instelling of met andere zorgverleners komt slechts sporadisch voor. Alhoewel de meerwaarde van brede gegevensuitwisseling wordt onderkend, lijkt de behoefte om aan te sluiten bij het landelijke schakelpunt niet groot.

Ervaringen met lokale en regionale implementaties van een EPD laten zien dat er voordeel kan worden behaald met een EPD. Maar over het algemeen blijken langlopende implementatietrajecten nodig om de voordelen ten volle te benutten. Niet alleen de aanpassingen in de zorgsystemen en het opzetten van een goed beheer van deze systemen, maar vooral de introductie van een nieuwe manier van werken vergen inspanning. Of en hoe deze implementatietrajecten samengaan met het door het ministerie uitgestippelde traject in 2007 is nog niet duidelijk. Hierover moeten de trajecten bij de koplopers duidelijkheid gaan geven. Factoren die van invloed zijn op de snelheid van verkrijgen van landelijke dekking zijn onder meer het commitment van partijen in de zorg, de communicatie met het veld en het voldoen aan eisen inzake beveiliging en vertrouwelijkheid.<sup>75</sup> Wanneer deze factoren in de landelijke voorbereiding onvoldoende aandacht krijgen, bestaat het gevaar dat plannings opnieuw niet worden gehaald.

#### 4.5.4 Meldpunt hinderlijke regelgeving

In zijn reactie<sup>76</sup> op het rapport van IGZ (2003) heeft de minister van VWS indertijd aangegeven samen met het CVZ te willen bezien of een centraal meldpunt ingericht kan worden voor signalen over hinderlijke regels die het organiseren van ketenzorg in de weg staan. Er is inmiddels tussen het ministerie en het CVZ contact geweest.<sup>77</sup> Binnen het CVZ functioneert een «praktijkdesk», en deze heeft in het begin van zijn bestaan verschillende signalen over belemmeringen in de financiering van innovatieve zorg behandeld. Het ministerie heeft aan deze signaalfunctie geen systematisch vervolg gegeven. Feitelijk zijn er de afgelopen jaren geen signalen meer bij de praktijkdesk binnengekomen.

#### 4.5.5 Veldnormen voor ketenzorg

In zijn reactie op het rapport van IGZ meldde de minister ook dat hij de HKZ, een onafhankelijke ontwikkelaar van certificatieschema's, zou verzoeken om specifiek aandacht te gaan geven aan ketenzorg. HKZ heeft in 2006 een «Voorlopig raamwerk voor toetsing van keten-kwaliteit in zorg en welzijn» geformuleerd.<sup>78</sup> Daarin worden drie sets van normen voor de samenwerking en afstemming van disciplines en organisaties binnen een keten onderscheiden:

1. *Normen gericht op de centrale positie van de patiënt in het ketenproces.* Deze normen betreffen multidisciplinaire ketenafspraken over het primaire proces en de zorginhoud toegespitst op de individuele patiënt, het maken van een risico-inventarisatie en duidelijkheid voor de patiënt over verantwoordelijkheidstoedeling.
2. *Normen gericht op de organisatie/taken van de ketenpartners.* Naast organisatorische/bestuurlijke inbedding zijn er eisen ten aanzien van faciliteiten, communicatie, regie, beschrijving van de missie en de visie, gemeenschappelijke en meetbare (kwaliteits)doelen en beoogde

<sup>75</sup> Het Expertise Centrum (2005). *Audit Implementatieplan EMD/WDH*.

<sup>76</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200, XVI, nr. 175.

<sup>77</sup> Bron: contact met het CVZ.

<sup>78</sup> Stichting HKZ (2006). *Voorlopig Raamwerk voor Toetsing van Ketenkwaliteit in zorg en welzijn en Interpretatiedocument Diabeteszorg*.

resultaten. De basisstructuur van een kwaliteitssysteem dient in de keten aanwezig te zijn.

3. *Normen gericht op erkenning op basis van HKZ/ISO 9001: 2000.* Het gaat om een allesomvattend kwaliteitsmanagementsysteem voor de keten dat geschikt is voor externe toetsing.

Bovengenoemde normen uit het voorlopig raamwerk sluiten goed aan bij de succesfactoren die in onze gesprekken met zorgverleners naar voren zijn gekomen.

Het voorlopig raamwerk is inmiddels vertaald naar en toegepast binnen ketenprojecten voor diabeteszorg, en zal naar aanleiding daarvan verder worden ontwikkeld en aangepast.

**BIJLAGE 1:****GEBRUIKTE AFKORTINGEN**

AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CCZ	Coördinatiecentrum Chronisch Zieken
CG-Raad	Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CTZ	College toezicht Zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose-behandelcombinatie
EMD	Elektronisch medicatiedossier
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FMCC	Federatie Medische Coördinerende Centra
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICT	Informatie en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LAKID	Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, innovatie en doelmatigheid
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
LTA	Landelijke Transmurale Afspraak
MCC	Medisch coördinatiecentrum
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NPCF	Nederlands Patiënten Consumenten Federatie
NPCG	Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RCCZ	Regionaal Coördinatiecentrum Chronisch Zieken
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale ondersteuningsstructuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
Stb	Staatsblad
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TMC	Transmuraal Medisch Centrum
TNS-NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WDH	Waarneemdossier huisartsen
Wet BIG	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WZV	Wet ziekenhuisvoorziening
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

ZonMw

Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en  
zorginnovatie

## TOELICHTING ONDERZOEKSAANPAK

Het onderzoek kent de volgende probleemstelling:  
In welke mate stimuleert het beleid van de minister van VWS de opzet en het gebruik van afstemmingsafspraken tussen zorgverleners over zorg aan mensen met een chronische aandoening?

Deze onderzoeksvraag valt uiteen in de volgende deelvragen:

1. In welke mate komen afstemmingsafspraken voor?
2. Welke partijen zijn betrokken bij deze afstemmingsafspraken? Welke aspecten worden betrokken bij de afstemmingsafspraken?
3. Welke ervaringen hebben betrokken partijen opgedaan met afstemmingsafspraken?
4. Hoe stimuleert en faciliteert de minister van VWS het maken en het gebruik van afstemmingsafspraken? Sluiten de activiteiten en instrumenten van de minister aan bij de ervaringen van betrokken partijen?

De onderzoeks aanpak is op hoofdlijnen vermeld in onderstaande figuur; onderdelen van de aanpak worden vervolgens nader toegelicht.

Deelonderzoek	Doel	Verrichte activiteiten
Gespreksronde met relevante instanties in het veld	Vorbereiding	Gesprekken met (koepels van) zorgverleners, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, en met onderzoeks- en kennisinstututen, Ministerie van VWS, IGZ (zie ook hierna).
Beleidsanalyse	Overzicht beleidsinstrumenten minister (onderzoeksvraag 4)	Gesprekken met Ministerie van VWS; analyse beleidsdocumenten vanaf 1991.
Enquête chronisch zieken	Ervaringen patiënten	Enquête onder Patiëntenpanel Chronisch zieken en Gehandicapten (uitgevoerd door NIVEL).
Inventarisatie afstemmingsafspraken	Inventarisatie van landelijke en regionale afspraken rondom depressie en rug-, nek- en schouderklachten (onderzoeksvraag 1)	Gesprekken, literatuuranalyse en zoekacties op internet (zie ook hierna).
Veldonderzoek	Ervaringen van zorgverleners (onderzoeksvragen 2 en 3)	Literatuuranalyse, interviews met zorgverleners (27), analyse van projectplannen en evaluaties (voor zover beschikbaar) (zie ook hierna).
Expertmeeting	Duiding resultaten veldonderzoek	Discussiebijeenkomst met vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS en uit het zorgveld.

#### *Gespreksronde met relevante instanties in het veld*

Bij deze gespreksronde, die het karakter had van een vooronderzoek, is gesproken met vertegenwoordigers van:

- Ministerie van VWS en IGZ;
- Onderzoeksinstituten/kenniscentra (RIVM, Nivel, ZonMw, Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat, Trimbos-instituut);
- Landelijke koepels (VNG, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlands Huisartsen Genootschap, GGZ Nederland, Federatie Medische Coördinerende Centra, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde);

- Patiëntenorganisaties (Pandora (depressie), Nederlandse Vereniging van rugpatiënten «De Wervelkolom», CG-Raad);
- Diverse regionale zorgverleners (huisarts, thuiszorg, MCC, zorgkantoor, regionale en academische ziekenhuizen).

#### *Inventarisatie van regionale en lokale initiatieven*

Om te beoordelen of het beleid succes heeft gehad, wilde de Algemene Rekenkamer een beeld krijgen van de mate waarin afstemming anno 2006 tot stand is gekomen. Om het onderzoek hanteerbaar te houden, zijn twee chronische aandoeningen gekozen, die een grote uitstroom naar arbeidsongeschiktheidsregelingen geven, namelijk depressie (een psychische aandoening) en rug-, nek en schouderklachten (een somatische aandoening). Aan de hand van deze twee cases is gezocht naar algemene lessen, bijvoorbeeld over succes- en faalfactoren in de organisatie van afstemming.

Omdat er geen overzicht beschikbaar was van afstemmingsafspraken voor deze twee aandoeningen heeft de Algemene Rekenkamer zelf zoveel mogelijk afstemmingsafspraken proberen te achterhalen. Daarbij zijn de volgende criteria gehanteerd:

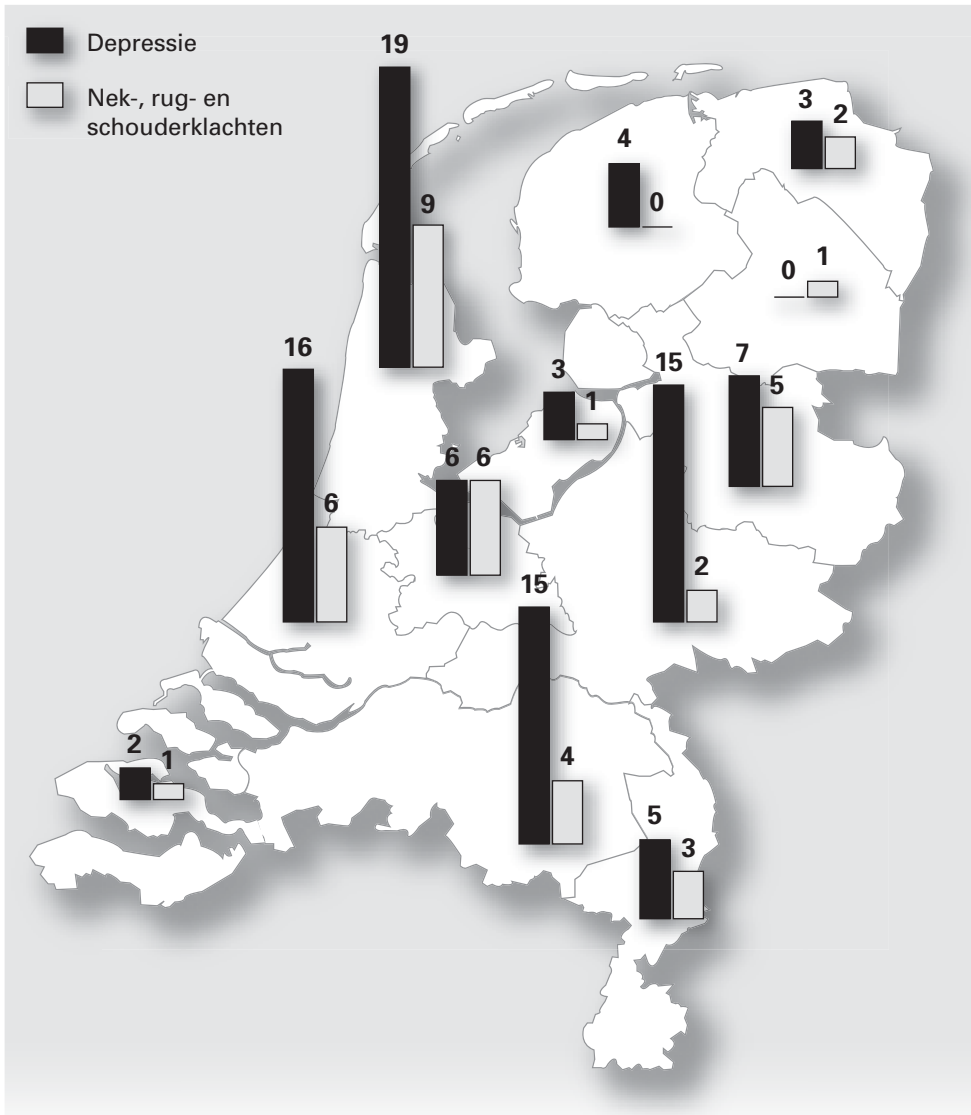
- De afspraken moeten ziektespecifiek zijn (dat wil zeggen betrekking hebben op een van de twee geselecteerde aandoeningen).
- Het dient te gaan om een vorm van multidisciplinaire afstemming tussen zorgverleners. De afstemming moet zo zijn vormgegeven dat er een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid voor de patiënt is.
- De afstemming moet «in werking» zijn (dus geen exclusieve onderzoeksprojecten).

Voor de inventarisatie zijn de volgende acties ondernomen:

1. Gespreksronde met vertegenwoordigers van het veld.  
Deze eerdergenoemde gespreksronde, die het karakter had van een vooronderzoek, heeft een aantal afstemmingsinitiatieven binnen ons aandachtsgebied opgeleverd. Geen van de bezochte instanties bleek echter volledig inzicht te hebben.
2. Zoekacties via het internet.  
Met name de sites en databanken van zorgverleners, zorgverzekeraars en aandoenings specifieke sites zijn bezocht. Deze actie heeft verreweg het meeste informatie opgeleverd, maar de informatie bleek lang niet altijd actueel. De initiatieven zijn niet statisch, maar krijgen geleidelijk aan vorm, worden stopgezet of gaan op in een ander project.
3. Tijdschriften.  
Drie tijdschriften (Medisch Contact, De Huisarts en De Fysiotherapeut) zijn nagezocht op afstemmingsinitiatieven (de jaargang 2005, geheel of – bij de laatste twee – een halfjaar). Deze actie bleek slechts enkele afstemmingsinitiatieven op te leveren.
4. Telefonische gespreksronde bij MCC's.

Aanvankelijk was de doelstelling om alle afstemmingsinitiatieven rondom deze twee aandoeningen in kaart te brengen. Gaandeweg is deze doelstelling verlaten, omdat het niet mogelijk bleek om binnen afzienbare termijn zekerheid te verkrijgen over de volledigheid.

De inventarisatie van afstemmingsinitiatieven heeft uiteindelijk 37 regionale/lokale afspraken voor de aandoening nek-, rug- en schouderklachten en 95 regionale/lokale afspraken voor de aandoening depressie opgeleverd, als volgt verdeeld over het land (per provincie):



#### Veldonderzoek

Voor een selectie van de afstemmingsinitiatieven (zestien rug-, nek en schouderinitiatieven en achttien depressie-initiatieven) is veldonderzoek uitgevoerd. Bij het maken van de selectie zijn de volgende criteria gehanteerd:

1. Een zo groot mogelijke regionale spreiding (daarbij is gekeken naar de WZV-regiostructuur, en tevens naar de ROS-structuur, om een beeld te krijgen van de zorgverzekeraars die in de desbetreffende regio actief zijn).
2. Een gedifferentieerd aanbod.
3. Gelijke spreiding over binnen de eerstelijnszorg en tussen eerste- en tweedelijnszorg.

Er zijn ook enkele afstemmingsinitiatieven geselecteerd waarin bedrijfs-



artsen participeren (bij de aandoening rug-, nek- en schouderklachten) en initiatieven waarin instellingen uit de *care* participeren (bij de aandoening depressie).

Uiteindelijk zijn 27 afstemmingsinitiatieven bezocht (zeven zijn vervallen omdat geen medewerking werd verleend (2x), overlap met een ander te bezoeken project (4x) en niet bereikbaar i.v.m. vakantie (1x)). Twaalf initiatieven rondom rug-, nek- en schouderklachten zijn bezocht en vijftien initiatieven rondom depressie. Het betreft vijf initiatieven in de eerstelijnszorg, vijf in de tweedelijnszorg en zeventien binnen de eerste- en tweedelijnszorg. Bij twee van de bezochte initiatieven was de thuiszorgorganisatie betrokken; twee initiatieven richtten zich mede op reïntegratie en bij één initiatief was een particuliere aanbieder betrokken. Bij de gesprekken kwam de inhoud van de samenwerking aan de orde, de aanleiding voor samenwerken en de ervaringen met beide. Voor zover beschikbaar zijn ook projectplannen en evaluaties van de afstemming geanalyseerd. Ter voorbereiding van dit deel van het onderzoek is een literatuuranalyse uitgevoerd (deze literatuurstudie is beschikbaar op [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl)). De bezochte projecten zijn als volgt verdeeld over het land:



- *Ministerie van VWS*  
De bewindspersonen van VWS zijn verantwoordelijk voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. Zij bepalen de spelregels, zien toe op een juiste toepassing daarvan en scheppen (rand)voorwaarden voor een goed functionerende gezondheidszorg, waaronder wettelijke kaders, toezicht en bekostiging. Zij zijn aanspreekbaar op systeemfouten en -falen. In de VWS beleidsagenda 2006 «Gezonde toekomst» is de sterke toename van het aantal chronisch zieken nadrukkelijk geagendeerd. De bewindspersonen van het Ministerie van VWS investeren in actieve preventie (zoals voorlichting, wetgeving, zelfregulering, accijnsheffing en het stimuleren van voldoende gezond bewegen) en screening, maar verwachten dat zorgverleners en patiënten regie voeren over de benodigde en de te leveren zorg.
  
- *Toezicht: IGZ (landelijk en regionaal) en NZa*  
De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de geleverde zorg en heeft een toetsende en handhavende rol. Voor ieder terrein waar de IGZ zich op richt, inventariseert ze welke (potentiële) ernstige risico's er zijn die de aandacht van de inspectie vragen en welke vormen van toezicht daarvoor nodig zijn. Daarnaast heeft IGZ een ondersteunende en adviserende rol bij het realiseren van kwaliteitsprogramma's waarin zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten met elkaar afspraken maken over het ontwikkelen van indicatoren (meten, zichtbaar en vergelijkbaar maken van kwaliteit), normen, verankering en naleving daarvan en afspraken over planning en werkwijze. IGZ is onderdeel van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en ressorteert als onderdeel van het departement onder de minister van VWS. De Gezondheidswet 1956 (artikel 36) biedt de wettelijke grondslag aan de taken van IGZ.  
De NZa houdt toezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt en op specifieke zorggerelateerde aspecten van marktwerking. Verder ziet de NZa toe op gedrag van zorgverzekeraars en zorgverleners bij het geven van transparante en correcte informatievoorziening aan verzekerden en patiënten. Tenslotte bewaakt de NZa voor de curatieve sector als toezichthouder de uitvoering van de Zorgverzekeringwet (naleving van de acceptatieplicht, de zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie). De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan. De Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)<sup>79</sup> biedt de wettelijke grondslag aan de taken van de NZa.
  
- *Zorgverleners*  
De zorgverleners bieden verantwoorde zorg aan, zoals vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Hieronder wordt verstaan zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Zorgverleners (beroepsbeoefenaren en instellingen) zijn primair verantwoordelijk voor het opzetten en aanbieden van innovatieve zorg (waaronder ketenzorg) en voor het concretiseren van het begrip «verantwoorde zorg». Zij doen dit ondermeer door het opstellen van standaarden, richtlijnen en protocollen en door te werken volgens kwaliteitssystemen. Dit gebeurt zoveel als mogelijk multidisciplinair en met behulp van de andere spelers in het veld, zijnde de zorgverzekeraars en de patiënten. Wetenschappelijke

<sup>79</sup> In werking getreden op 1 oktober 2006.

verenigingen, beroeps- en brancheorganisaties spelen hierbij een grote rol.

- *Patiënten/verzekerden*

De invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet heeft de positie van de patiënt versterkt door een verruiming van diens keuzemogelijkheden. De ruimte hiervoor wordt bepaald door de geldende zorgaanpakken en door het gekozen verzekeringspakket. De patiënt kiest binnen die grenzen welke zorg het beste bij hem past en kan daardoor zorgverleners en zorgverzekeraars eraan houden dat verantwoorde zorg (waaronder ketenzorg) gerealiseerd wordt. Van de chronische patiënt wordt verwacht dat hij zich actief opstelt in de omgang met de eigen aandoening. Patiëntenorganisaties spelen hierbij een grote rol. Goed patiëntschap als variant op goed burgerschap is een initiatief van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Ook de Diabetesvereniging Nederland is actief in het bijstaan van haar leden bij de vraag hoe de diabetespatiënt het beste regie houdt over zijn ziekte en hoe hij een goede kwaliteit van leven behoudt.

- *Zorgverzekeraars*

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het afstemmen van de wensen van patiënten op de mogelijkheden van zorgverleners. Door de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is de concurrentiepositie van de zorgverzekeraars versterkt. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden door zorg tegen een scherpe prijs (de verzekeringspremie) aan te bieden. Zorgverzekeraars dienen in het belang van de patiënten goed georganiseerde (keten)zorg in te kopen en zetten druk op de zorgverleners om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verhogen. Zorgverzekeraars concurreren niet alleen op prijs, maar ook op kwaliteit en service, zowel van hun eigen dienstverlening als van het zorgaanbod. De brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) speelt een actieve rol in de belangenbehartiging van haar leden richting het Ministerie van VWS en richting de andere partijen in het zorgveld.

**1991–1999: specifiek beleid***1991–1994: Eerste termijn Nationale Commissie Chronisch Zieken*

Aandacht voor mensen met een chronische aandoening kwam op de politieke agenda in 1991. In de eerste notitie chronisch ziekenbeleid uit 1991<sup>80</sup> werd geconstateerd dat een krachtige impuls noodzakelijk was om een verbetering van de zorg aan chronisch zieken tot stand te brengen en om de maatschappelijke achterstand van chronisch zieken te reduceren. Voor de zorg kwam de problematiek volgens de notitie neer op het onvoldoende aansluiten van het zorgaanbod bij de zorgbehoefte van mensen met een chronische aandoening en op lacunes in de afstemming tussen de voorzieningen in de eerste- en tweedelijnszorg.

In mei 1991 installeerde de toenmalige staatssecretaris<sup>81</sup> van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) voor een periode van vier jaar. De NCCZ kreeg de volgende taken:

- behulpzaam zijn bij het oplossen van problemen bij al bestaande instellingen en activiteiten gericht op chronisch zieken;
- bevorderen van informatie-uitwisseling tussen de verschillende patiëntenorganisaties en vergroten van het zelforganiserend vermogen van deze organisaties;
- in kaart brengen van gemeenschappelijke problemen van chronisch zieken en werken aan oplossingen van ziektespecifieke knelpunten.

In 1992 stemde de staatssecretaris van WVC in met het voorstel van de NCCZ tot oprichting van een aantal regionale Coördinatiecentra Chronisch Zieken (CCZ), in eerste instantie in experimentele vorm en voor de duur van drie jaar.<sup>82</sup> Een belangrijke taak van deze centra was het opzetten van regionale netwerken, met als doel kennis uit te wisselen en te komen tot kennisvermeerdering en onderlinge afstemming tussen zorgverleners. Bij zijn standpuntbepaling verwees de staatssecretaris naar een rapport van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg.<sup>83</sup> In dit rapport werd gesteld dat protocolontwikkeling in de diagnostiek, behandeling en begeleiding van chronisch zieken bevorderd diende te worden, als hulpmiddel bij de coördinatie van zorg en deskundigheidsbevordering. In 1993, in zijn eerste voortgangsrapportage over het chronisch ziekenbeleid,<sup>84</sup> bevestigde de staatssecretaris hoge verwachtingen te hebben van de regionale CCZ en veel waarde te hechten aan de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen.

*1994–1999: Tweede termijn Nationale Commissie Chronisch Zieken*

In 1994 concludeerde de NCCZ dat haar werkzaamheden nog niet voltooid waren. De minister van WVC deelde die mening en bood eind 1994 de beleidsbrief Tweede fase chronisch ziekenbeleid aan de Tweede Kamer aan.<sup>85</sup> Uitgangspunt in deze brief was dat verbeteringen in de zorg voor (de positie van) chronisch zieken bottom-up gestalte moeten krijgen. Om dit proces verder te stimuleren en te faciliteren werd een tweede en laatste termijn van vier jaar (tot juli 1999) toegekend aan de NCCZ. In deze tweede termijn moest meer nadruk komen te liggen op de implementatie van ontwikkeld beleid. De NCCZ installeerde daarvoor implementatiecommissies.

<sup>80</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1990–1991, 22 025, nr. 1.

<sup>81</sup> De aanduiding toenmalig zal verder niet meer worden vermeld.

<sup>82</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1990–1991, 22 025, nr. 5.

<sup>83</sup> Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1992). *Chronisch Zieken in het jaar 2005, deel 4: scenario's voor beleid*.

<sup>84</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1993–1994, 22 025, nr. 6 (november 1993).

<sup>85</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1994–1995, 22 025, nr. 8 (december 1994).

De minister zag voor de rijksoverheid de taak weggelegd om de voorwaarden te scheppen waaronder de vernieuwingen in de zorg tot stand gebracht konden worden. De rijksoverheid moest dit doen door:

- invulling te geven aan haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en toegankelijkheid van voorzieningen;
- voldoende middelen beschikbaar te stellen voor innovaties, experimenten en het stimuleren van verder onderzoek;
- waar mogelijk bij te dragen aan het structureel implementeren van oplossingen die door het veld aangedragen worden ter verbetering van de gezondheidszorg.

Het verder werken aan de afstemming en coördinatie van de zorg en aan deskundigheidsbevordering was volgens de minister een prioriteit voor wat betreft de zorg. De minister verwachtte niet alleen een verbetering door de werkzaamheden van de coördinatiecentra, maar ook door de uitvoering van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG),<sup>86</sup> door de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen,<sup>87</sup> door het stimuleren van het werken met standaarden, richtlijnen en protocollen en door het aanbieden van transmurale zorg.<sup>88</sup> Om de verbetering van de coördinatie en afstemming te stimuleren en te bewaken zag de minister een belangrijke rol weggelegd voor de IGZ. De overheid zou zelf gaan werken aan het beter stroomlijnen van haar activiteiten (innovaties, projecten en onderzoek) in een meer programmatische aanpak.

#### *Afsluiting periode 1991–1999: evaluaties*

Ten tijde van het afsluiten van de tweede termijn van de NCCZ werden twee evaluaties en een advies uitgebracht.

- (1) In het najaar van 1997 werd een externe evaluatie<sup>89</sup> van de NCCZ uitgevoerd. De onderzoekers noemden de versterking van de aandacht voor chronisch zieken op politiek en overheidsniveau geslaagd, maar constateerden een achterblijven van aandacht op mesoniveau (zorgen maatschappelijke organisaties). Medisch specialisten, zorginstellingen en ook zorgverzekeraars hadden nog steeds weinig tot geen aandacht voor de problematiek van chronisch zieken. Verder constateerden de onderzoekers dat de aandacht van de NCCZ voor categorale en koepels van patiëntenorganisaties achterbleef.
- (2) In 1999 werden de regionale CCZ's geëvalueerd.<sup>90</sup> De conclusie was dat de centra meerwaarde hadden in het tot stand brengen van afstemming tussen zorgverleners, het stimuleren van veranderingen en het ontwikkelen en verspreiden van informatie. Maar de geografische uitstraling bleef beperkt tot de locaties waar de projecten worden uitgevoerd en soms zelfs tot de betrokkenen bij het project. Ook het verhogen van de deskundigheid en het stimuleren van een patiëntgerichte houding bij hulpverleners en zorginstellingen, het inzichtelijk maken van de zorgvraag en zorgbehoefte van patiënten en het tot stand brengen van een optimale uitwisseling tussen de coördinatiecentra waren niet of onvoldoende uit de verf gekomen.
- (3) Medio 1999 bracht de NCCZ haar eindadvies uit aan de bewindslieden van VWS en SZW.<sup>91</sup> De NCCZ vond dat in de komende jaren het beleid op de terreinen zorg en maatschappelijke positie voor chronisch zieken in stand moest blijven. Zij droeg in haar «testament» bouwstenen aan voor de voortgang van het chronisch ziekenbeleid. Wat betreft continuïteit en integratie van zorg constateerde de commissie dat een belangrijk knelpunt waarmee zij zich bij haar aantreden geconfronteerd zag het verbrokkelde en onsamenhangende karakter van de zorg voor chronisch zieken was. Via activiteiten als protocolontwikkeling, ziektespecifieke verpleegkundigen, coördinatiecentra chronisch zieken

<sup>87</sup> Wet van 18 januari 1996, Stb. 80.

<sup>88</sup> Zorg die afwisselend ambulante en klinisch wordt aangeboden, en waarbij dus zowel intra- als extramurale instellingen zijn betrokken.

<sup>89</sup> Research voor Beleid (1998). *Eindrapport Evaluatie Nationale Commissie Chronisch Zieken*.

<sup>90</sup> IVA (1999) *Coördinatiecentra chronisch zieken: (on)misbaar voor de toekomst?*

<sup>91</sup> NCCZ (1999). *Van mogelijk naar noodzakelijk: chronisch ziekenbeleid in de 21e eeuw*.

en stimuleringsprogramma's heeft de NCCZ getracht de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. Maar: «Ondanks de winst kan op het gebied van samenhang en afstemming in en tussen de sectoren nog veel verbeterd worden, opdat de zorg vanuit het oogpunt van de patiënt een sluitende keten vormt».

#### *Afsluiting periode 1991–1999: visie van VWS op toekomstig chronisch ziekenbeleid*

Medio 1998 concludeerden de bewindslieden van VWS en SZW naar aanleiding van de evaluatie NCCZ dat chronisch zieken van een onzichtbare groep een zichtbare doelgroep van landelijk overheidsbeleid en de landelijke politiek waren geworden.<sup>92</sup> Echter: «het is nog een kwetsbare positie; beleidsmatige verankering heeft bijvoorbeeld op het voor chronisch zieken belangrijke lokale/regionale niveau nog niet plaatsgevonden».

In hun reactie schetsten de bewindslieden op welke thema's zij wilden gaan inzetten voor het versterken van de positie van chronisch zieken. Wat betreft gezondheidszorg stelden zij het concept «diseasemanagement» centraal. In dit concept staat de totale behandeling rond een patiënt met een bepaalde aandoening centraal. Het doel is de zorgketen rond vooral chronische aandoeningen te optimaliseren door:

- de individuele patiënt centraal te stellen;
- het zorgproces te rationaliseren door het toepassen van (*evidence based*)<sup>93</sup> richtlijnen en het gebruik van monitoringsystemen;
- het maken van werkafspraken tussen verschillende actoren in een zorgketen.

Eind 1998 meldde de minister van VWS aan de Tweede Kamer dat in september 2000 een nieuwe nota Chronisch Ziekenbeleid zou verschijnen.<sup>94</sup>

Om opgebouwde kennis en deskundigheid te borgen werden de stimuleringsprogramma's van de NCCZ overgedragen aan het toenmalige ZorgOnderzoek Nederland (thans ZonMw), dat hiervoor een meerjarenprogramma (het Praktijk- en Beleidsprogramma Chronisch Zieken) inrichtte.<sup>95</sup>

#### **Na 1999: generiek beleid**

Medio 2000 berichtte de minister van VWS aan de Tweede Kamer dat een nieuwe nota Chronisch Ziekenbeleid later dan gepland (voorjaar 2001) zou worden aangeboden.<sup>96</sup> Eind 2001 verzocht de Tweede Kamer de regering in een motie om een nota Chronisch zieken 2002–2006 op te stellen en de Tweede Kamer hierover in het voorjaar van 2002 te informeren.<sup>97</sup>

Er is echter tot op heden geen nieuwe nota Chronisch ziekenbeleid verschenen.<sup>98</sup> De zorg voor mensen met een chronische aandoening is na 1999 geen specifiek aangestuurd beleidsonderwerp meer, maar valt onder het generieke beleid van de minister van VWS. Van de hieronder genoemde activiteiten en instrumenten uit het generieke beleid heeft de minister expliciet aangegeven dat zij moeten bijdragen aan het tot stand komen van afstemming tussen zorgverleners.

#### *De kanteling naar vraaggeïntereerde zorg: organisatie van de zorg rondom de patiënt en patiëntbetrokkenheid (2001/2002)*

In 2001 heeft de minister aangegeven hoe een vraaggeïntereerde zorg dichterbij gebracht kan worden.<sup>99</sup> Zij stelde vast dat onder de noemer van zorgvernieuwing een veelheid van initiatieven is ontwikkeld met als leidende gedachte dat de zorg rond de patiënt georganiseerd moet worden. Haar beleid is erop gericht deze inspanningen in een kader te

<sup>92</sup> Brief van de minister van VWS en de staatssecretaris van SZW, 3 juni 1998 (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997–1998, 25 600 XVI, nr. 67).

<sup>93</sup> Werkwijzen die zich hebben bewezen.

<sup>94</sup> Brief aan de vaste commissie van VWS, 12 november 1998, kenmerk DBO 982260. Deze nota zou worden geschreven in samenwerking met het Ministerie van SZW.

<sup>95</sup> Daarnaast zijn taken overgedragen aan het Werkverband Organisaties Chronisch Zieken (WOCZ), de Gehandicaptenraad, het Breed Platform Verzekerden en Werk en het Patiëntenfonds.

<sup>96</sup> Tweede Kamer 1999–2000, VWS 0001077 (juni 2000). Deze toezegging wordt eveneens verwoord in de Zorgnota 2001 (p. 28) en in de Hoofdpunten van het Regeringsbeleid 2001.

<sup>97</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 41 (december 2001).

<sup>98</sup> In juni 2002 meldde de minister dat de nota in voorbereiding is en dat de voortgang hiervan eind 2002 aan de Tweede Kamer gemeld zal worden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2001, 28 000 XVI, nr. 120). Bij contacten met het ministerie (juni 2006) is gebleken dat er een brief aan de Tweede Kamer in voorbereiding is. Deze brief bevat de mededeling dat de (inhoudelijke) brief nog even op zich laat wachten, teneinde de monitorinformatie uit de medio 2006 te verschijnen Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) daarin te betrekken.

<sup>99</sup> Nota Met zorg kiezen: de toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 27 807, nr. 2).

plaatsen; voor de gezondheidszorg is dat het kader van de modernisering van de curatieve zorg.<sup>100</sup>

Patiëntbetrokkenheid acht zij daarbij van belang: zorggebruikers moeten worden gestimuleerd hun vragen en behoeften zo te formuleren dat zorgverleners en zorgverzekeraars hier rekening mee kunnen houden.

#### *Kwaliteitszorg en zorgvernieuwingprogramma's (2002/2004)*

In 2002 verscheen de Kwaliteitsbrief,<sup>101</sup> naar aanleiding van een (negatieve) evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De Kwaliteitsbrief schetst een aanpak van de kwaliteitszorg op hoofdlijnen met als inzet een betere naleving van de Kwaliteitswet en betere waarborgen voor goede zorg. In 2004<sup>102</sup> zijn de algemene actiepunten uit de Kwaliteitsbrief vertaald naar vijf thema's. Voor het onderzoek van de Algemene Rekenkamer is het thema «vernieuwen van processen» van belang, waaronder wordt verstaan: het anders organiseren van het zorgproces, meer vanuit de wens van de patiënt en het werken volgens richtlijnen op basis van *evidence based* methoden en normen van organisaties en beroepsbeoefenaren. De minister wil deze ontwikkeling stimuleren via zorgvernieuwingprogramma's.

<sup>100</sup> Standpunt op het advies van de Commissie modernisering curatieve zorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 1994–1995, 23 619, nrs. 3–4).

<sup>101</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 439, nr. 1 en 2 (4 december 2002).

<sup>102</sup> Voortgangsrapportage Kwaliteitsbeleid (Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 28 439, nr. 7).

<sup>103</sup> Programma *Sneller Beter*: samenwerking tussen VWS, Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging om de doelmatigheid, kwaliteit en innovatie in de ziekenhuiszorg te verbeteren. Het programma Kortdurende geestelijke gezondheidszorg wordt hieronder uitgevoerd.

<sup>104</sup> Programma *Zorg voor Beter*: dit betreft verbetertrajecten in de sectoren verpleging, verzorging, thuiszorg, gehandicapenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg.

<sup>105</sup> Programma *Beter Voorkomen*: binnen dit programma (2004–2008) participeren GGD-Nederland, de VNG en de veldpartijen.

<sup>106</sup> Het programma wordt begeleid door het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg waarin o.m. negen koepelorganisaties van zorgverleners uit de eerstelijns, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Patiënten/Consumentenorganisatie en VWS samenwerken.

<sup>107</sup> Nota *Langer gezond leven*. Ook een kwestie van gezond gedrag (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 22 894, nr. 20).

<sup>108</sup> RIVM en Trimbos-instituut, Landelijk programma en Basisprogramma depressiepreventie, 2004.

<sup>109</sup> Een onderzoeks- en ontwikkelprogramma van ZonMw (1998–2001) dat was gericht op het bevorderen van de invoering van preventieve interventies.

<sup>110</sup> Beleidsvisie inzake kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen (Staatscourant 1999, nr. 48). De centra zijn gerealiseerd met gebruikmaking van artikel 8 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV: Wet van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 515). Op grond van dit artikel kunnen bijzondere medische verrichtingen worden aangewezen waarvoor een financiële ondersteuning geldt.

Ook voordien (vóór 2002) werden met ondersteuning van het ministerie projecten gericht op zorgvernieuwing uitgevoerd. In 2005 zijn de voor dit onderzoek relevante (lopende) zorgvernieuwingprogramma's van het Ministerie van VWS als volgt gegroepeerd:

- Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, innovatie en doelmatigheid (LAKID); looptijd 2003–2008.

Beoogd wordt de prestaties in de zorg te verbeteren. Daartoe zijn deelprogramma's ontwikkeld voor de curatieve zorg (ziekenhuizen),<sup>103</sup> de langdurige zorg<sup>104</sup> en de collectieve preventie.<sup>105</sup>

- Programma Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg; gestart in 2005.<sup>106</sup>

Beoogd wordt dat «plaatselijk meer geïntegreerde vormen van eerstelijnszorg ontstaan waarin verschillende zorgverleners multidisciplinair op een structurele wijze met elkaar samenwerken». Twee relevante deelprogramma's zijn Doelmatigheid en bekostiging en Kwaliteit en innovatie.

#### *Preventieprogramma's (2003)*

In 2003<sup>107</sup> koos het kabinet voor de preventieve aanpak van zes ziekten die de hoogste ziektelast veroorzaken, waaronder diabetes, psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat. Dit heeft onder meer geleid tot het Landelijk Programma Depressiepreventie<sup>108</sup> en vervolgpunten op het in 2002 afgeronde Programma Klachten aan het Bewegingsapparaat.<sup>109</sup>

Het kabinet wees erop dat zorgverzekeraars moeten toezien op het realiseren van een goede zorgketen en het toepassen van standaarden en protocollen, omdat hiermee gezondheidswinst kan worden bereikt en onnodige complicaties van ziekte kunnen worden voorkomen.

#### *Kennisinstellingen*

Bij het uitvoeren van zorgvernieuwing- en preventieprogramma's spelen kennisinstellingen een belangrijke rol. Het betreft instellingen als RIVM, NIVEL, ZonMw, het Trimbos-instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Daarnaast bestaan er ziektespecifieke kenniscentra. In 1999 heeft de minister van VWS vier kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen aangewezen, om de kennis en deskundigheid ten aanzien van de relatie tussen arbeid en gezondheid te bevorderen.<sup>110</sup> Hij koos vooralsnog voor vier belangrijke aandoeningen die leiden tot ziekteverzuim of

arbeidsongeschiktheid (psychische aandoeningen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, aandoeningen aan de luchtwegen en huidaandoeningen).

Voor de aandoeningen depressie en rug-, nek- en schouderklachten zijn de volgende kenniscentra van belang:

- Het kenniscentrum voor arbeidsrelevante psychische aandoeningen NKAP (per 2005 opgegaan in het Trimbos-instituut).
- Het kenniscentrum aandoeningen aan het bewegingsapparaat AKB (sinds 2000 en sinds 2005 in afgeslankte vorm).

Een herijking van het subsidiebeleid<sup>111</sup> heeft in 2004 tot de stopzetting van de structurele instellingssubsidies aan een aantal kenniscentra en beroepsorganisaties in de zorg geleid. De centra kunnen vanuit VWS nog wel subsidies voor het uitvoeren van programma's krijgen.

#### *ICT-beleid: het elektronisch patiëntendossier (1997)*

ICT is volgens de minister een onmisbare schakel bij de verbetering van ketenzorg.<sup>112</sup> De ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier (EPD) was reeds voor 1991 aan de orde. In 1997<sup>113</sup> benoemde de minister het EPD voor het eerst als «nuttig voor het optimaliseren van de zorgketen». Het EPD moet de beschikbaarheid van gegevens en de communicatie-uitwisseling tussen zorgverleners verbeteren. Het belang van het EPD werd in de jaren daarna diverse malen herhaald, bijvoorbeeld in 2005, in het Programma Versterking Eerstelijnszorg.<sup>114</sup>

#### *Toezicht door IGZ: Rapport: «Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken» (2003)*

Bij het toekennen van een tweede termijn aan de NCCZ stelde de minister dat hij een rol zag voor de IGZ bij het bewaken en stimuleren van afstemming tussen zorgverleners. De IGZ heeft in deze rol in 2003 het rapport «Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken»<sup>115</sup> gepubliceerd. De IGZ stelde vast dat ondanks regionale en landelijke initiatieven de ketenzorg voor chronisch zieken niet structureel van de grond kwam:

- Er zijn onvoldoende waarborgen dat de aansluiting tussen zorgverleners goed verloopt. De behandeling van bijvoorbeeld chronisch hartfalen is afhankelijk van de regio waarin de betrokkene woont.
- Ketenzorg komt op regionaal niveau vaak tot stand door inspanningen van individuen. De continuïteit van initiatieven is onvoldoende gegarandeerd omdat samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgverleners niet via de reguliere zorgbudgetten gefinancierd worden en omdat er geen regie op is.
- Hoewel ketenzorg tot doel heeft de zorg meer patiëntgericht te organiseren, worden (patiënten)organisaties nauwelijks bij afstemmingsafspraken betrokken.

IGZ concludeerde dat ketenzorg zonder sturing niet structureel van de grond komt en zag een rol voor zichzelf weggelegd. Voorts achtte IGZ de ontwikkeling van veldnormen voor ketenzorg en onderzoek naar de effecten van ketenzorg noodzakelijk.

In zijn reactie<sup>116</sup> wees de minister op de verantwoordelijkheid van de veldpartijen: aanbieders zijn primair verantwoordelijk voor het gezamenlijk opzetten van ketenzorg; verzekeraars dienen goed georganiseerde ketenzorg in te kopen en patiënten moeten de druk op de ketel houden dat dat er ook echt van komt. IGZ moet het onderwerp op de agenda houden en partijen aanspreken, maar niet zelf de sturing ter hand nemen. De minister verwees naar in het kader van het kwaliteitsbeleid lopende activiteiten (zoals het Programma Sneller Beter), en voorts naar:

<sup>111</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 214, nr. 9, in relatie tot de nota «Kennis, Innovatie en Meedoen» (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 214, nr. 1). Zie ook de brief van 2 november 2005 waarin het beleid uiteen wordt gezet inzake de financiering van kennisinstellingen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 214, nr. 11).

<sup>112</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200, nr. 175.

<sup>113</sup> Nota Informatievoorziening in de zorg; Tweede Kamer, vergaderjaar 1997–1998, 25 669, nr. 2.

<sup>114</sup> Onder het thema ICT-ontwikkelingen in de eerstelijnszorg wordt gesteld: «Hierdoor (...EPD...) wordt onderlinge communicatie tussen zorgverleners vereenvoudigd. Dit maakt meer samenwerking mogelijk, vergroot de continuïteit en samenhang binnen de zorgverlening en ...».

<sup>115</sup> IGZ (2003). *Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken*.

<sup>116</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200 XVI, nr. 175.



- *Voorbeeldprojecten*  
Naast lopende ketenprojecten (onder meer voor de aandoening beroerte) zou een voorbeeldproject diabetes worden gestart. Binnen dit project wilde de minister ook een aanpak voor de realisatie van transmurale bekostiging ontwikkelen.
- *Veldnormen voor verantwoorde ketenzorg*  
De minister zou de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) verzoeken om in haar normenschema's specifiek aandacht te gaan geven aan ketenzorg.
- *Onderwijskundige invulling ketenzorg*  
De minister zou beroepsorganisaties en opleidingsinstituten vragen aandacht te besteden aan ketenzorg voor chronisch zieken.
- *Inrichting van een meldpunt van hinderlijke regelgeving*  
De minister zou met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bezien of een centraal meldpunt ingericht kon worden voor signalen over hinderlijke regels die het organiseren van ketenzorg in de weg staan.

*Evaluatie Praktijk-en beleidsprogramma chronisch zieken (2004)*

De stimuleringsprogramma's die de NCCZ in de jaren 1994–1999 had opgezet, waren in 1999 overgedragen aan ZonMw, en ondergebracht in het Praktijk- en beleidsprogramma Chronisch zieken. In de evaluatie van dit programma<sup>117</sup> (2004) werd geconcludeerd dat het programma bepaalde ontwikkelingen in gang heeft gezet, maar «dat er nog een lange weg te gaan is om de gerealiseerde projectresultaten te verankeren en de noodzakelijke vertaalslag naar daadwerkelijke innovatie in de zorg te kunnen maken». In het «legaat» van het programma<sup>118</sup> wordt er dan ook voor gepleit om ook in de toekomst te blijven investeren in projecten en om de bevindingen en instrumenten verder te ontwikkelen en te implementeren. ZonMw heeft van het Ministerie van VWS nog geen reactie ontvangen op de eindevaluatie van het programma.

---

<sup>117</sup> Bureau Berenschot (2004). *Eindevaluatie Praktijk- en beleidsprogramma Chronisch zieken, deelprogramma Zorg & Maatschappelijke participatie*; bij brief van 4 november 2004 (kenmerk 2004/23 420/ZONMW) aangeboden aan de minister van VWS.

<sup>118</sup> ZonMw (2004). *Op andere gedachten*.

**Rug-, nek en schouderklachten***Aspecifieke rugklachten*

1. Richtlijn «Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Lage Rugklachten» van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (1999);
2. Richtlijn «Lage rugpijn» van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2001);
3. Richtlijn «Manuele Therapie bij Lage rugpijn» van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2003);
4. Multidisciplinaire richtlijn «Aspecifieke lage rugklachten» van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2003).

*Specifieke rugklachten*

5. Multidisciplinaire Consensus «Het lumbosacrale radicaire syndroom», resultaat van een consensusbijeenkomst onder auspiciën van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (1995);
6. Ontwerprichtlijn «Postoperatief lumbosacraal radiculair syndroom» van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (1999);
7. Richtlijn (verwijswijzer) «Bechterew» van de Vereniging Bewegingsleer Cesar<sup>119</sup> (2004);
8. Standaard «Lumbosacraal radiculair syndroom» van het Nederlands Huisartsen Genootschap (2005);
9. Bij de beroepsvereniging voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) zijn initiatieven gestart voor de ontwikkeling van een richtlijn lage rugklachten.<sup>120</sup>

*Aspecifieke nek- en schouderklachten*

10. Standaard «Schouderklachten» van het Nederlands Huisartsen Genootschap (1999);
11. Richtlijn «Oefentherapie mensendieck bij patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten» van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck en het Nederlands Paramedisch instituut (2000);
12. Richtlijn «Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek» van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (2003).

*Specifieke nek- en schouderklachten*

13. Behandelprotocol voor whiplashpatiënten in relatie tot het gezondheidsprofiel van het Nederlands Paramedisch Instituut (1999);
14. Richtlijn «Oefentherapie Cesar bij patiënten met whiplash gerelateerde symptomen» van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en het Nederlands Paramedisch Instituut (2000);
15. Richtlijn «Whiplash» van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2001).

**Depressie**

1. «Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten» van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (2000);<sup>121</sup>
2. «Standaard Depressieve stoornis» (M44) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (2003);
3. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2005) van het Kwaliteitsinstituut

<sup>119</sup> Per 1 juli 2004 gefuseerd met de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck.

<sup>120</sup> Telefonische informatie van de VvOCM (5 juli 2005).

<sup>121</sup> De richtlijn wordt herzien (bron: Nieuwsbrief Kwaliteitsbureau NVAB 32/2004).

voor de Gezondheidszorg CBO.<sup>122</sup> Hierin is het gedachtegoed van het multidisciplinair «Stepped care-programma voor depressie» verwerkt, ontwikkeld door het Trimbos-instituut (2003).

Tevens is er een LESA «depressieve stoornis» (2006), opgesteld door de NHG en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Deze bevat de uitgangspunten van zowel het monodisciplinaire als het multidisciplinaire beleid, alsmede afspraken over afstemming.

In onderstaande tabel zijn protocollen en richtlijnen uit 2006 beschreven aan de hand van een door IGZ ontwikkeld conceptueel kader over ketenzorg.

#### Aspecten van zorgverlening in de richtlijnen en protocollen

Aspect	Voorbeeld	Aantal protocollen, richtlijnen, standaarden dat hieraan voldoet	
		Depressie (n=3)	Rug-, nek- en schouderklachten (n=15)
(1) Toegankelijkheid van zorg	Afspraken over wachtlijsten	0	0
(2) Patiëntgerichtheid	Rekening houden met de wens van de patiënt	3	1
(3) Zorginhoud	Diagnostiek en behandeling	3	14
(4) Bekwaamheid en deskundigheid	Gemeenschappelijke na- of bijscholing	0	0
(5) Afbakening van taken en bevoegdheden	Afspraken over de overdracht of verschuiving van taken tussen zorgverleners	3	13
(6) Toegankelijkheid van gegevens	Gemeenschappelijk (elektronisch) patiëntendossier	0	9
(7) Kwaliteitsbewaking	Gemeenschappelijk overleg over casuïstiek	0	10
(8) Wet- en regelgeving	Gezamenlijke interpretatie van wetten en regelingen	0	7
(9) Financiering	Voldoende budget om (keten)zorg te realiseren of een gemeenschappelijk budget	0	0

<sup>122</sup> De richtlijn Depressie is uitgebracht, ondanks non-acceptatie door de NHG en de patiëntenorganisatie Pandora.

**BIJLAGE 6:****STIMULERINGSPROGRAMMA'S VWS**

Door het Ministerie van VWS gesubsidieerde stimuleringsprogramma's gericht op de aandoeningen depressie en rug-, nek- en schouderklachten die zijn aangetroffen in het onderzoek staan hieronder weergegeven.

	Stimuleringsprogramma's	Looptijd	Primair gericht op
Depressie	1. Basisprogramma depressie	Start in 2005	Zorginhoud
	2. Doorbraakproject depressie	2004–2006	Zorginhoud
	3. Nationaal plan van aanpak depressiepreventie (deelprogramma's voor doelgroepen, zoals ouderen in verpleegtehuis)	Start in 2004	Zorginhoud
	4. Tussen de lijnen	1999–2005	Organisatie van zorg
	5. Korte lijnen	2000–2005	Organisatie van zorg
	6. Diaboloprojecten	2001–2005	Organisatie van zorg
Rug-, nek- en schouderklachten	1. Klachten bewegingsapparaat; bevordering van de invoering van preventieve interventies	1998–2001	Zorginhoud
	2. Theoriegestuurde innovatie van revalidatieprogramma's voor patiënten met chronisch lage rugklachten	2000–2004	Zorginhoud
	3. Lobadis; beperkingen bij chronisch lage rugpijn	2002–2008	Zorginhoud
	4. Revalidatieonderzoek: invloed van bewegingsangst op bewegingspatronen bij patiënten met specifieke chronische rugklachten	2003–2005	Zorginhoud

## FINANCIERING VAN DE BEZOCHTE INITIATIEVEN

In het veldonderzoek is gevraagd op welke manier de afstemming wordt gefinancierd. In ruim de helft van de gevallen blijkt sprake van een combinatie van incidentele en structurele financiering.

### Financiering van de bezochte afstemmingsinitiatieven

	Aantal afstemmingsinitiatieven	
	Depressie (n=15)	Rug-, nek- en schouder- klachten (n=12)
<i>Financiering</i>		
Structureel	3	4
Incidenteel	2	3
Combinatie van beide	10	5
<i>Bronnen van financiering*</i>		
Zorgverlener zelf	15	8
Reguliere middelen (via zorgverzekeraar of zorgkantoor)	10	7
Stimuleringsregelingen (premiegeld, via zorgverzekeraars)	4	7
Stimuleringsregelingen (begrotingsgeld)	4	2
Eigen bijdragen van patiënten	–	1

\* Omdat meer antwoorden konden worden aangegeven, is de optelsom van de kolommen hoger dan het totaal aantal afstemmingsinitiatieven.

Bij de depressie-initiatieven noemden alle respondenten als financieringsbron de zorgverlener; tien projecten worden deels ook uit de reguliere AWBZ-middelen gefinancierd (het zorgkantoor). Daarnaast zijn er subsidieregelingen genoemd waaruit de projecten worden medegefinancierd; vijfmaal betreft het premiegelden (van de zorgverzekeraars) en driemaal begrotingsgeld (van het Ministerie van VWS).

Bij de afstemmingsinitiatieven op het gebied van rug-, nek- en schouderklachten werd als bron van de financiering vooral de zorgverleners (acht keer) en de zorgverzekeraars (zeven keer) genoemd. Daarnaast wordt eenmaal melding gemaakt van een eigen bijdrage van patiënten. Ook een aantal rug-, nek- en schoudergeld (mede) gefinancierd met subsidies, uit de premiegelden (zeven maal) of uit de begrotingsgeld (twee maal).

#### *Subsidieregelingen bij de depressie-initiatieven:*

1 Stimuleringsgeld van de verzekeraars (premiegeld):

- consultatieregeling (2x)
- snijvlakmiddelen (1x)
- ROS-gelden (1x)
- CVZ-subsidie (1x)

2 Stimuleringsgeld van VWS (begrotingsgeld)

- Diabolo projectgeld (2x)
- Nationaal Fonds Psychische Gezondheid (1x)

#### *Subsidieregelingen bij de rug-, nek- en schouderinitiatieven:*

1 Stimuleringsgeld van de verzekeraars (premiegeld):

- zorgvernieuwingsgelden (Lokale Productie Tarief, 3x)
- subsidie «zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden» (2x)
- subsidie regeling gezondheidscentra (1x)
- subsidie van ZN (1x)

2 Stimuleringsgeld van VWS (begrotingsgeld)

- Orde van medisch specialisten subsidie (1x)
- praktijkondersteuningsgelden (1x)

3 Provinciale projectsubsidie (1x)