



Samenhang in innovatie: kwetsbare ouderen en chronische problemen

Auteur(s):

J.N.M. Schumacher en H.L.G.R. Nies

De auteurs zijn werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn als respectievelijk senior adviseur en directeur bij nizw Zorg.

J.Schumacher@nizw.nl

Verschenen in:

ESB, 90e jaargang, nr. 4452, pagina D21, 10 februari 2005

Rubriek:

Arbeidsproces

Trefwoord(en):

Innovatie in de zorg staat voor een fase waarin goede praktijken systematisch ingevoerd worden, het accent meer op samenhang dan specialisatie ligt en kwaliteit van leven aan belang wint ten opzichte van overleven. De discussie moet gaan over de keuzes die nodig zijn om met minder mensen meer te doen en vooral het juiste te doen.

Als de zorg in 2025 bij ongewijzigd beleid 25 procent van het arbeidspotentieel inneemt, is de vraag naar een efficiënte en effectieve zorgverlening nu al actueel. In dit artikel staat het innoveren centraal: welke innovaties zijn mogelijk en voldoen aan de nut-en-noodzaakafweging van individu en maatschappij?

De zorg is een innovatieve sector. Zo heeft het Academisch Ziekenhuis Maastricht een soepel draaiende *mamma-care* poli waar vrouwen terecht kunnen om zich te laten controleren op borstkanker. Voorheen moesten er over een periode van weken aparte afspraken met diverse specialisten worden gemaakt, nu kan de doorlooptijd een dag zijn. Dit is patiëntvriendelijker dan de gangbare praktijk en het heeft een bijkomend positief effect voor de wachtlijst. De *mamma-care* poli is een goed voorbeeld van een geherstructureerd zorgproces waarin planning van individuele zorgverleners ondergeschikt is gemaakt aan de samenhangende planning van het collectief. Er is een goed functionerend voorlichtingsprotocol, een trajectbegeleider in de vorm van een *mamma-care* verpleegkundige en de thuiszorg is laagdrempelig beschikbaar als aanspreekpunt voor eventuele nazorg (Hebly & Frotscher, 2003).

Helaas vinden goede praktijken maar moeizaam navolging. We gaan achtereenvolgens in op belemmeringen voor innovatie en de gewenste focus van innovatie, om tot de slotsom te komen dat gerichte verbeterprogramma's, samenhang en kwaliteit van leven bij innovatie dé issues van morgen zijn.

Belemmerende factoren

Veel vernieuwingen in de zorg integreren elementen die vanuit verschillende eenheden worden aangestuurd. Het voorbeeld van de *mamma-care* poli laat zien hoe verschillende onderdelen van een ziekenhuis hun activiteiten integreren. De zorg voor cva-patiënten, (cerebro vasculair accident, in de volksmond 'beroerte') die momenteel landelijk verbeterd wordt, integreert niet alleen de ziekenhuiszorg, maar ook de daarop volgende revalidatiezorg, de zorg aan huis na ontslag en de zorg in verblijfsvoorzieningen als verzorgingshuizen en verpleeghuizen wanneer zelfstandig wonen niet haalbaar blijkt. Via deze vormen van integratie en procesherontwerp is veel kwaliteitswinst en doelmatigheidswinst te behalen (Huijsman et al., 2001). De praktijk laat echter zien dat dergelijke ketens van voorzieningen slechts zeer beperkt van de grond komen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003).

In diverse publieke sectoren is zichtbaar dat het gebrek aan *overall* regie een van de belangrijkste barrières is. De schakels in de keten zijn aan verschillende instanties rekenschap verschuldigd en geen enkele instantie heeft of neemt de centrale ketenregie. Deze onderscheiden verantwoordelijkheden maken het moeilijk een gedeelde focus te ontwikkelen. Er is in de zorgsector, net als in veel andere publieke sectoren, een spanning tussen beheersing van processen en resultaten van de gehele keten enerzijds, en de noodzaak van en wens tot zelfsturing door de onderdelen van de keten anderzijds (Van Duivenboden et al., 2000; De Wit et al., 2000). Dit probleem van segmentatie van de zorg, van het ontbreken van *overall* regie doet zich in nagenoeg alle West-Europese landen voor. (Banks, 2004; Leichsenring & Alaszewski, 2004; Thistlethwaite, 2004; Nies, 2004).

Frail elderly

Met het beter inrichten van logistieke processen is veel winst te halen, vooral als het gaat om enkelvoudige aandoeeningen die productiegewijs behandeld kunnen worden. Het leeuwendeel van de zorgvragen komt echter van (oudere) mensen met meervoudige problemen: niet alleen de heup is aangedaan, maar de patiënt heeft ook diabetes, chronische reumaklachten en beginnende dementie. Deze mensen met geriatrische problematiek worden in het jargon ook vaak aangeduid als de *frail elderly*: mensen van wie de balans snel is verstoord. Op hen is de zorg niet ingericht. Veel van hen blijven langer dan nodig in het ziekenhuis. Dat heeft voor een belangrijk deel te maken met de organisatie van de vervolgvoorzieningen: de organisatie van de thuiszorg, de aanpassingen in en om huis, de wachtlijsten voor verpleeghuizen of verzorgingshuizen, het gebrek aan technologische ondersteuning en bewaking in de woning, onvoldoende informele zorg thuis (mantelzorg), geen vervoer, en ga zo maar door (Carrier, 2002; Leichsenring & Alaszewski, 2004; Nies, 2004). De doelgroep kwetsbare ouderen is op een enkele uitzondering na nog nauwelijks de focus van innovatie. Integendeel, als deze doelgroep bedrijfsmatig al aan de orde komt, is het als negatieve factor voor doorstroming: de bedblockers.

Verspilling

In de industrie is men gewend om vanuit een ondeugdelijk fabrikaat terug te redeneren langs de productielijn tot het euvel is gevonden. Deze inspanning om het percentage fouten omlaag te halen, loont enorm, maar is in de zorg nog geen gemeengoed. Volgens Berg (2004) hebben de vs naar schatting 30 procent waste in de keten van zorgverlening zitten. Er is weinig aanleiding om te veronderstellen dat het in Nederland veel anders is.

De weeffout in het systeem is dat er onvoldoende prikkels in zitten om het beter te doen: het loont simpelweg niet om de keten van zorgverlening op orde te brengen. Inspanningen in een kolom van de keten kunnen in die kolom tot verlies leiden, maar bij de aanpalende voorziening tot winst. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij de netwerken palliatieve zorg. Deze samenwerkingsverbanden van gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde zorgverleners dragen er toe bij dat mensen veel vaker hun stervensfase kunnen doormaken in de omgeving die zij zelf verkiezen. Meestal is dat thuis. Een succesvol netwerk zal echter tot een lagere bedbezetting leiden op bepaalde ziekenhuisafdelingen, waardoor deze dankzij hun medewerking aan zo'n netwerk inkomsten kunnen mislopen.

Receptuur voor innovatie

De structurele weeffouten maken dat we moeten innoveren in een onvolkomen context. Het is zaak daar intelligent mee om te gaan door te sturen op resultaten die voor de consument relevant zijn en door andere prioriteiten te stellen.

Sturing op resultaten

Noodzakelijk is een proces van ketenomkering waarbij vanaf het gewenste resultaat gekeken wordt wat er in de keten voor nodig is. Anders gezegd: in een goed functionerende keten zijn de eisen van de consument in terugwaartse richting sturend (Van der Aa & Konijn, 2001). Een innovatief systeem is niet alleen gericht op het belang van de consument; het versterken van het consumentenbelang geeft ook een krachtige impuls aan innovatie. Het publiek maken van prestatie-informatie is voor Berg (2004) het voorbeeld van een prikkel, die aanbieders dwingt om de kwaliteit van de ketenprestatie op te hogen en keuzemogelijkheden voor de consument in te bouwen. Zelfs, zo stelt hij, als maar een beperkt deel van het aantal burgers/zorgvragers actief op internet surft naar deze gegevens, zal het publiek maken ervan resulteren in een stijging van de kwaliteit. Concurrentie of niet, geen aanbieder kan het zich immers permitteren langdurig publiekelijk in gebreke te blijven.

Naast versterken van het cliëntenbelang kunnen en moeten gerichte verbeterprogramma's een impuls tot betere resultaten geven. Er zijn immers veel goede praktijkvoorbeelden. Het is zaak ze van uitzondering tot standaard te verheffen. De tijd lijkt rijp voor dit soort meer grootschalige innovatie. Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (cbo) hanteert daarvoor de 'doorbraakmethodiek'. Dit is een gestructureerde methode om good practices te identificeren, elders te realiseren en navolging ervan te stimuleren. Teams uit verschillende instellingen in het land werken aan eenzelfde onderwerp om de kloof tussen wat in literatuur bekend is over goede zorg en de praktijk te overbruggen (Van Splunteren et al., 2003). Een voorbeeld is de doorbraak in het verbeteren van toegankelijkheid tot de polikliniek in ziekenhuizen, met als resultaat reductie van herhaalbezoek en verbeterde planning.

De doorbraakmethodiek slaat aan: 80 procent van de ziekenhuizen doet of heeft meegedaan aan een van de achttien doorbraakprojecten sinds 1999. Een belangrijke succesfactor is de leeromgeving met andere teams en reflectie van gerenommeerde experts op de resultaten (Splunteren et al., 2003). Het is wel zo dat de resultaten nog een beperkte verspreiding kennen en de doorbraakmethode in Nederland tot op heden voornamelijk in de ziekenhuizen is uitgevoerd (Schouten et al., 2004). Deze kanttekeningen nemen niet weg dat de methodiek perspectief biedt voor de gewenste grootschaligere innovatie. Zeker nu in het zogeheten Landelijk Dementieprogramma de doorbraakprincipes de komende jaren in de cure én in de care worden toegepast. Het dementieprogramma richt zich op het verbeteren van de samenhang in voorzieningen van regionale aanbieders in wonen, zorg en welzijn, vanuit consumentenperspectief (Meerveld et al., 2004).

Specialisatie versus samenhang

De zorg voor mensen met dementie is een voorbeeld van het gebrek aan samenhang in de zorg. Het is de tol die we betalen voor ver doorgevoerde specialisatie. Specialisatie is lang het credo geweest voor betere zorg, maar de consument verdwaalt. Mensen met dementie en hun mantelzorgers hebben geen behoefte aan een superspecialist, maar aan een zorgverlener die de toegang opent naar én het Alzheimer café én de klinisch geriater én de maaltijdservice van Tafeltje Dekje. Het systeem zou verbeteren als de eerder gememoreerde overall regie de segmentatie zou oplossen. Er is echter weinig reden optimistisch te zijn dat dit binnen een redelijke termijn het geval is

(Van Duivenboden, 2000). Innovaties gericht op samenhang tussen cure, care, welzijn, wonen en dagbesteding binnen de bestaande context kunnen dan ook een belangrijke plek gaan innemen. Hoopvol is het signalement dat nieuwe professies zich op het integrale van de zorg richten. Ze heten case manager, transferverpleegkundige, trajectbegeleider dementie of ouderenadviseur en helpen de consument de weg te vinden in het woud aan voorzieningen, binnen het onvolkomen systeem.

Andere keuzes

Een andere inzet in de zorg is noodzakelijk. De nadruk op enkelvoudige zorg in beleid, uitvoering en onderzoek moet grondig worden herzien. Daar waar dementie zo ongeveer de duurste ziekte is en het aantal dementerenden in de komende dertig jaar zal verdubbelen tot ruim 350.000 mensen (Gezondheidsraad, 2002) is een forse inspanning om te innoveren voor deze doelgroep noodzakelijk. Pakketdiscussies over ooglidcorrecties, cosmetische borstprothesen en in vitro fertilisatie zijn van marginaal belang, afgezet tegen de relevantie van dementiezorg, diabeteszorg, depressiviteit, reuma en vele andere chronische problemen. De inzet zou op dergelijke ziektebeelden gericht moeten zijn. Dat oogt wellicht weinig heroïsch, maar is maatschappelijk noodzakelijk om tot een duurzame zorgsector te komen. Daarbij zou het om een totaalbenadering moeten gaan, om een *whole system approach*, zoals die in het Verenigd Koninkrijk thans opgeld doet. Rondom de patiënt/cliënt wordt het systeem opgebouwd van wat hij of zij nodig heeft, daarbij institutionele en beleidsmatige domeinen overschrijdend (Carrier, 2002). De wachtenden in de ziekenhuizen voor enkelvoudige

aandoeningen zullen daar uiteindelijk ook baat bij hebben, omdat de doorstroming in het gehele systeem verbetert.

Ook is een inzet op technologische innovatie op zijn plaats, en dan niet alleen in de ziekenhuizen, maar juist ook in de zorg aan huis. Er zijn veel nieuwe innovatieve behandelwijzen die kosten- en daarmee personeelbesparend werken. Zo draagt het succesvol en op grote schaal uitvoeren van heupoperaties en staaroperaties bij aan het welbevinden van veel ouderen en vermindert het tegelijkertijd hun beroep op thuiszorg. Een bekorting van de wachttijd spaart in veel gevallen een evenredige periode thuiszorg uit. Ook het investeren in hulpmiddelen, robotica en domotica kan op termijn stevig bijdragen aan vermindering van de personele inzet. Een land als Japan, waar de vergrijzing veel verder is voortgeschreden, investeert gigantisch in telemonitoring, bewakingssystemen en hulpmiddelen die het dagelijks leven vergemakkelijken.

Kwaliteit van leven

Het effect van technologische innovatie is ook dat er meer en langduriger zorgvragen komen, zeker wanneer door vroegdiagnostiek overlijden voorkomen wordt en er langdurige restverschijnselen zijn. Betere zorg leidt niet altijd tot minder of goedkopere zorg. De meest relevante vraag is echter niet de kostprijs, maar of de zorg leidt tot de meest gewenste resultaten voor de cliënt en daarin speelt kwaliteit van leven een rol. Consumenten en zorgverleners staan ook nu al vaak voor de ingewikkelde keus om door te gaan met behandeling of zich te richten op de kwaliteit van de resterende tijd. Deze discussie wordt op het scherpst van de snede gevoerd over het euthanasievraagstuk, waar het begrip 'ondraaglijk lijden' steeds meer opgerekt wordt en niet alleen lichamelijk verval het criterium is. We hebben onmiskenbaar meer controle over leven en dood, met als consequentie dat de aandacht verschuift van overleven naar kwaliteit van leven. Met een demografische ontwikkeling waarbij we een enorme toename zullen zien van mensen die langdurige zorg behoeven, zal de kwaliteit van leven een steeds belangrijker punt van discussie worden, ook in de discussie over middelen voor innovatie.

Conclusie

De drie onderdelen van deze analyse hangen nauw samen. Er is een enorme toename te verwachten van frail elderly en andere doelgroepen die langdurige zorg behoeven. Deze doelgroepen vereisen dat innovatie zich meer richt op samenhang dan op specialisatie.

Zowel de acute als langdurige zorg kent vele en goede innovaties, maar verspreiding laat te wensen over. De tijd is rijp voor een volgende stap in het innovatieproces: met gerichte verbeterprogramma's de positieve uitzonderingen tot standaard verheffen.

Het dilemma van de zorg is dat naarmate er meer cure kan, de klant meer care wil. Ongebreidelde groei van zorg is vanuit economisch, sociaal-maatschappelijke en ethische overwegingen ongewenst. Het thema van de kwaliteit van leven zal in de discussie over de richting van en middelen voor innovatie sterk aan belang winnen.

Jeroen Schumacher en Henk Nies

Literatuur

Aa, A. van der & T. Konijn (2001) Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling. Utrecht: Uitgeverij lemma.

Berg, M. (2004) Inleiding over ketens en prestatieindicatoren in masterclass 'Chain reaction'. nizw/Ketennetwerk

Banks, P. (2004) Policy Framework for Integrated Care for Older People. London/Dublin: King's Fund/ehma.

Carrier, J. (2002) Integrated Services for Older People. Building a whole system approach in England. London: Audit Commission.

Duivenboden, H. van, M. van Twist, M. Veldhuizen & R. in 't Veld R. (2000) Ketenmanagement in de publieke sector. Utrecht: Uitgeverij lemma.

Gezondheidsraad (2002) Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad.

Hebly, M & C. Frotscher (2003) Presentatie mamma-care poli in de nizw/Ketennetwerk workshop ketenregie op het ZonMW/cbo-congres 'Kennis beter delen'.

Huijsman, R, N.S. Klazinga, W.J.M. Scholte op Reimer, J.D.H. van Wijngaarden, N.J.A. van Exel, C. van Putte Boon, F.T. Prtstholt, M.A. Koopmanschap & L.W. Niessen (2001) Beroerte, beroering en borging in de keten. Den Haag/Rotterdam: ZonMw/Erasmus Universiteit.

igz (2003) Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Meerveld, J., J. Schumacher, E. Krijger, R. Bal & H. Nies (2004) Landelijk dementieprogramma. Werkboek, Utrecht: nizw.

Leichsenring, K & A.M. Alaszewski (2004) Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake. Abingdon: Ashgate.

Nies, H. (2004) Integrated Care. Concepts and Background. In: Nies H, Berman P (eds). Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience. Dublin: European Health Management Association.

Schouten, L.M.T. e.a. (2004) De Achilleshiel van de doorbraakprojecten. Medisch Contact 42, 1642-1644.

Splunteren, P. van e.a. (2003) Doorbreken met resultaten, verbetering van patiëntenzorg met de Doorbraakmethode. Assen: Koninklijke

Dossier: Arbeidsproductiviteit in de zorg

O. van Hilten, F. Kleima, H. Langenberg en P. Warns: [Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector](#)

L. Vandermeulen: [Zorg rond arbeidsproductiviteit](#)

P.P.T. Jeurissen: [Zorgmarkt en arbeidsproductiviteit](#)

R.F. Mouton: [Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar marktuitedaging](#)

E.J. Pommer, A.G.J. van der Torre en B. Kuhry: [Zorg in internationaal perspectief](#)

J.N.M. Schumacher en H.L.G.R. Nies: [Samenhang in innovatie: kwetsbare ouderen en chronische problemen](#)

E.A.A. Broers: [Vakmanschap en ondernemerschap](#)

J.A.M. Maarse en W.J.N. Groot: [Productinnovatie en arbeidsproductiviteit in de zorg](#)

M. Schoone en J.A.M. van Boxsel: [Kansen voor technologische innovatie](#)

J. Blank: [Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares?](#)

E. Bartelsman: [Lokale verschillen, de patient en de verspreiding van ideeën](#)

J.J.M. Theeuwes: [Een wasstraat voor Alzheimer](#)
