

‘GOEDE ZORG IS NIET ALLEEN EEN ARTSENDING’

Chronisch zieken profiteren van geïntegreerde aanpak

Geïntegreerde zorg levert winst op. Misschien niet altijd in geld, maar zeker wel in gezondheid. Dat zegt Paul Wallace van de Amerikaanse zorgonderneming Kaiser Permanente.

ROBERT CROMMENTUYN

Geïntegreerde zorg is de heilige graal van de gezondheidszorg. Door alle schakeltjes in het zorgproces in een sluitend systeem te combineren, gaat de kwaliteit van zorg omhoog terwijl de kosten dalen. Vooral chronisch zieke patiënten varen daar wel bij. Zij worden opgenomen in disease managementprogramma's waarin optimale zorg protocollair is vastgelegd, maar waarin ze tegelijkertijd veel ruimte krijgen om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor zorg en gezondheid. Karakteristiek voor zo'n programma is centrale sturing en bekostiging, de samenhang tussen preventie en eerste en tweedelijnszorg, het streven om over- en onderconsumptie van zorg tegen te gaan en het gebruik van moderne communicatiemiddelen om de participatie van de patiënt te optimaliseren.

Tot zover de theorie. In de Nederlandse praktijk staan geïntegreerde zorg en disease management nog in de kinderschoenen. Gestimuleerd door experimenten met keten-DBC's (een vaste prijs voor een compleet zorgproces) slaan her en der huisartsen, diabetesverpleegkundigen, huisartsenlaboratoria, ziekenhuizen, apothekers, zorgverzekeraars >>

Paul Wallace: 'Zorg die verder strekt dan de klinische blik van de arts zit bij ons in het systeem gebakken.'



BEELD: DE BEELDREDAKTIE, VINCENTBOON

<< en patiëntenverenigingen de handen ineen om geïntegreerde diabeteszorg te leveren. Aanbieders van zorg voor astma- en COPD-patiënten, depressieve patiënten, patiënten met chronische pijn en patiënten met obesitas zitten voorlopig nog op het vinkentouw.

SPIJKERS

Met de vergrijzing in het verschiet - en daarmee een toename van het aantal chronisch zieke patiënten - zijn de verwachtingen van geïntegreerde zorg en disease management hooggespannen. Veler ogen zijn daarom gericht op de Verenigde Staten, waar het concept flinke populariteit geniet. Dat komt niet in het minst door het bestaan van de typisch Amerikaanse Health Maintenance Organisations (HMO's); zorgondernemingen die zowel verzekeraar als zorgaanbieder zijn. Vooral Kaiser Permanente, met 8,2

miljoen verzekeerden, 37 ziekenhuizen, meer dan 14.000 artsen en een omzet van ruim 30 miljard dollar de grootste non-profit HMO van de VS, heeft op dat gebied een naam hoog te houden (zie *kader*). 'Zorg die verder strekt dan alleen de klinische blik van de arts zit bij ons in het systeem gebakken', zegt directeur Innovaties Paul Wallace van Kaiser Permanente. 'In de begindagen van de onderneming - nog in de jaren dertig van de vorige eeuw - verleenden wij zorg aan bouwvakkers van grote bouwprojecten in Californië. Toen het de artsen opviel dat veel verwondingen werden veroorzaakt door uitstekende spijkers, is het plan opgevat om de bouwplaats op te gaan om spijkers te verwijderen. En dat is ook gebeurd.'

Inmiddels heeft Kaiser Permanente een eigen onderzoeksinstituut dat zorginnovaties bedenkt, implementeert en

vervolgens de resultaten daarvan meet met prestatie-indicatoren. Een grote nadruk op preventie spreekt daarbij voor zich. 'Zo zien wij een patiënt met diabetes niet in de eerste plaats als een patiënt met diabetes, maar als iemand met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Om die reden krijgen bij ons alle diabetespatiënten van vijftig jaar en ouder standaard een voorschrift voor aspirine, een statine en een ACE-remmer. In Noord-Californië hebben verzeekerden van Kaiser Permanente 30 procent minder kans op hart- en vaatziekten dan niet-verzeekerden.'

De stoppen-met-rokenprogramma's van Kaiser Permanente zijn al even succesvol. 'In de VS als geheel rookt zo'n 20 procent. In Californië ligt het rond de 15 procent, maar in Noord-Californië (waar Kaiser marktleider is) rookt slechts 8 procent van de bevolking.'

VAN BOUWONDERNEMING TOT ZORGBEDRIJF

De geschiedenis van Kaiser Permanente gaat terug tot de jaren dertig van de vorige eeuw. Bouwonderneming Kaiser (van Henry J. Kaiser) ontwikkelde toen samen met andere grote bouwondernemingen een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor haar werknemers. Die verzekeringsmaatschappij sloot een contract af met de gedreven jonge arts Sidney R. Garfield. Garfield begon een klein ziekenhuis in de buurt van de plek waar 5000 Kaiser-werknemers een aquaduct in de Colorado bouwden. Na aanvankelijke financiële problemen kwam Garfield met de verzekeringsmaatschappij overeen dat hij voor elke werknemer een vast bedrag zou krijgen vooruitbetaald. In de jaren daarna groeiden de bouwactiviteiten van Kaiser fors en werd de samenwerking met Garfield steeds inniger. Na de Tweede Wereldoorlog stelde Kaiser zijn zorgverzekering (health plan) open voor niet-werknemers. Garfield richtte in 1948 de Permanente Medical Group op, een multidisciplinaire groepspraktijk. Tienduizenden, en later honderdduizenden Amerikanen verzekerden zich bij Kaiser Health Plans die de zorg uitbesteedde aan Permanente Medical Groups. De zorg werd verleend in ziekenhuizen, poli's en gezondheidscentra van de Kaiser Foundation. Sinds het begin van de jaren vijftig van de vorige eeuw gaat dit geheel door het leven als Kaiser Permanente. Hoewel het één onderneming betreft, bestaan de afzonderlijke delen nog steeds. Kaiser Health Plans is een non-profit zorgverzekeraar, terwijl Permanente Medical Group een winstgeoriënteerde groepspraktijk van dokters is. De band tussen de twee is er een van wederzijdse exclusiviteit. Kaiser Health Plans mag zijn zorg alleen bij de Permanente Medical Groups betrekken en de artsen mogen voor niemand anders werken. Er zijn inmiddels acht afzonderlijke Medical Groups met elk tussen de 300 en 4500 leden.

Volgens Paul Wallace is het imago van de Permanente-artsen niet onomstreden. 'Er zijn best collega's die vinden dat wij onze ziel hebben verkocht. Die vragen zich af waarom je exclusief voor één verzekeraar zou willen werken. Je krijgt minder betaald dan wanneer je zelfstandig werkt en je levert een deel van je autonomie in. Dat is althans de perceptie. Ik zie dat anders. Volgens mij heb je in zo'n grote groepspraktijk juist meer autonomie omdat je de steun hebt van een zeer groot aantal collega's. Als zelfstandige kun je alleen op jezelf terugvallen. Bovendien kan Permanente de artsen topvoorzieningen bieden, juist vanwege de omvang. Volgens Wallace is de animo om voor Permanente Medical Groups te werken groot. 'Voor staffuncties bieden zich meer artsen aan dan dat er plek is. We kunnen daarom selecteren op kwaliteit. Ik durf te beweren dat een Permanente-arts er niet een is van dertien in een dozijn, maar dat hij gemiddeld beter is dan zijn collega's op andere werkplekken. De artsen van de Permanente Medical Groups zijn in loondienst. Ze kunnen boven op hun salaris een bonus verdienen die afhankelijk is van drie elementen: de individuele medisch-inhoudelijke prestatie (bijgehouden met prestatie-indicatoren), hun klantvriendelijkheid en de financiële prestatie van de groepspraktijk als geheel. Wallace: 'De groepspraktijken zijn volledig transparant. Elke Permanente-arts weet hoe hij presteert ten opzichte van zijn vakgenoten.' ■





Paul Wallace: 'Artsen zijn nog wel eens geneigd te denken dat zij de belangrijkste actor in het zorgproces zijn. Fout. Dat is de patiënt.'

Vanzelfsprekend gaat de laatste jaren ook veel aandacht uit naar het gigantische gewichtsprobleem van de Amerikanen. 'Bij elk patiëntencontact vragen onze artsen zich af of zij op dit punt iets kunnen betekenen. De body-mass index (BMI) is daarvoor het uitgangspunt. Bij een te hoog BMI kan het aanbod vervolgens variëren van een beweeg- en dieetadvies en het meegeven van een stapenteller tot een chirurgische ingreep.'

LEVENSATBAAR

Bij Kaiser Permanente werken artsen bij de zorg voor chronisch zieken nauw samen met praktijkverpleegkundigen, physician assistants en gezondheidsvoorlichters. Waar mogelijk wordt internet ingezet om informatie te verstrekken en het ziektebeloop te monitoren. Volgens Wallace is het aandeel van de arts in het totale zorgproces bescheiden. 'De arts moet zijn artsending doen. Dat is goed, maar vaak onvoldoende om een optimale klinische uitkomst te bereiken. Daarvoor zijn andere interventies door andere professionals nodig. Artsen zijn nog wel eens geneigd te denken dat zij de belangrijkste actor in het zorgproces zijn. Fout. Dat is de patiënt. Neem de patiënt met diabetes. Die heeft die aandoening 24 uur per dag, zeven dagen in de week, 365 dagen per jaar. Zo'n jaar telt 8760 uren. Daarvan is de patiënt er 6755 thuis, 2000 op zijn werk en vijf bij een van onze zorgverleners. Wij moeten ervoor zorgen dat die vijf uur zo goed mogelijk worden besteed.'

Wallace is in Nederland op uitnodiging van Guus Schrijvers, die vorige week met een studiemiddag over disease management zijn twintigste verjaardag als hoogleraar Public Health aan de universiteit van Utrecht vierde. Daarbij kwam de vraag aan de orde of geïnte-

greerde zorg en disease management een wenkend perspectief voor Nederland zijn. Hier bestaan immers geen HMO's en is de zorg in hoge mate gefragmenteerd. Wallace ziet desondanks mogelijkheden. 'Kaiser Permanente heeft het geluk dat het bedrijf organisch is gegroeid tot een leverancier van geïntegreerde zorg. Maar dat financiering en uitvoering in één hand zijn, is geen voorwaarde. Programma's voor disease management zijn levensvatbaar als het mogelijk is om voor een vaste prijs afspraken te maken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder of als er een systeem van prestatiebekostiging is. Die mogelijkheden zijn er in Nederland. Bovendien maken de ontwikkelingen in de communicatietechnologie virtuele integratie van zorg en zorgaanbieders steeds eenvoudiger en aantrekkelijker.'

TEKSTBOEKEN

Sceptici die menen dat Nederlandse artsen te veel hechten aan hun autonomie om zich over te leveren aan de strak omliggende voorwaarden van disease managementprogramma's, rekenen buiten de rol van de patiënt, denkt Wallace. 'Het managen en begeleiden van chronisch zieken is vooral het managen van informatieoverdracht. In het verleden hadden artsen het monopolie op de relevante informatie, maar sinds we internet hebben, is dat niet meer zo. In het verleden vroeg een patiënt met een chroni-

zorg voor chronisch zieken klinisch-technisch handelen niet voldoende is. De beste resultaten bereik je als je ook alle andere aspecten van zorg meeneemt, bijvoorbeeld op het gebied van de leefstijl. En dat betekent dat artsen aanvullende vaardigheden moeten opdoen op het vlak van communicatie, onderhandelen en informatieoverdracht.' Binnen Kaiser Permanente krijgt het onderwijs in dergelijke vaardigheden veel aandacht. In de regio Noord-Californië kregen alle 4500 artsen bijvoorbeeld een cursus onderhandelingsvaardigheden. Wallace: 'Dokters die zo'n cursus hebben gedaan, bereiken meer.'

SNELLE WINST

De grote drijfveer om te investeren in geïntegreerde zorg en programma's voor disease management is de belofte van lagere kosten. Opvallend genoeg is Wallace op dit punt voorzichtig met zijn uitlatingen. 'Het is onduidelijk of disease management op populatieniveau kostenbesparend is. Het is hooguit financieel aantrekkelijk om programma's te ontwerpen voor bepaalde categorieën hoogrisicopatiënten. Het is gemakkelijk om die met gerichte interventies uit het ziekenhuis te houden. In de VS waren er in de beginjaren organisaties die zich daarop richtten en die voor de korte termijn en de snelle winst gingen. Nu niet meer. De bestaande aanbieders hanteren een langetermijnvisie. Dat is ook logisch,

'Internet zal zorgaanbieders dwingen hun houding te herzien'

sche aandoening: wat moet ik doen? Nu is hij via internet goed geïnformeerd en vraagt: help me begrijpen wat dit voor mij betekent. Internet zal de boel op z'n kop zetten en zorgaanbieders dwingen om hun houding te herzien.'

Zelf heeft hij dat ook ervaren. 'Als jonge arts - Wallace is van oorsprong hematoloog - zag ik de patiënt als patiënt en die vertelde ik wat ik uit de tekstboeken wist. Later heb ik geleerd om de patiënt als partner te zien bij het bereiken van een gezamenlijk doel. Dat doel is in principe niet veranderd, namelijk een zo goed mogelijke klinische uitkomst bereiken, maar de manier waarop wel. Ik heb me gerealiseerd dat bij de

want als je de infrastructuur opbouwt, kun je er maar beter van gebruikmaken.'

Het is voor Kaiser Permanente echter helder dat disease management waar voor zijn geld levert. De klinische uitkomsten zijn immers beter. Winst in financiële zin is minder belangrijk, want aandeelhouders heeft Kaiser Permanente niet. 'Wij investeren onze opbrengsten weer in de zorg. Door het beperken van het aantal ligdagen van onze verzekerden kunnen wij bijvoorbeeld de medicatie voor diabetespatiënten van vijftig jaar en ouder financieren. Bovendien kunnen onze ziekenhuizen hun adherentiegebied uitbreiden zonder dat er hoeft te worden bijgebouwd.' ■