



de Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk IBE/I-2449172	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Staat van de gezondheidszorg 2003 "Ketenzorg bij chronisch zieken"		Bijlage(n)	Uw brief VWS/03/66/LS

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mijn standpunt gevraagd op het rapport "Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken" van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het rapport heb ik u bij brief van 17 november 2003 (VWS-03-1661) aangeboden. In deze brief geef ik u mijn standpunt.

De kern van het rapport

Het rapport "Staat van de ketenzorg bij chronisch zieken" betreft een grootschalig onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar de samenwerking en afstemming van professionals rond chronisch zieken. De conclusies van de IGZ zijn duidelijk. Patiënten met een chronische ziekte lopen risico's door slechte afstemming en onvoldoende afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Er zijn onvoldoende waarborgen dat de aansluiting tussen zorgaanbieders goed verloopt. IGZ concludeert dat zonder sturing ketenzorg voor chronisch zieken niet structureel van de grond zal komen.

Kern van de rapportage is dat de randvoorwaarden voor goede ketenzorg feitelijk ontbreken. Wanneer meerdere behandelaars bij de zorg voor een individuele patiënt betrokken zijn, vraagt dat om een goed oog voor de juiste zorg voor die patiënt en dus een goede coördinatie en afstemming van ieders taken en verantwoordelijkheden

De IGZ ziet bij gebreke van een instantie die professionals en zorgaanbieders opdracht kan geven tot betere samenwerking en patiëntgerichte zorgverlening, hier voor zichzelf een rol. De IGZ roept het veld op actie te ondernemen; om multidisciplinaire ketenzorgafspraken te maken en te implementeren om risico's te minimaliseren, om tegelijk patiëntenorganisaties bij het borgen van kwaliteit van de ketenzorg te betrekken, enzovoorts.

Reactie

De IGZ geeft met dit rapport een zeer serieus te nemen signaal af. Vraaggestuurde, patiëntgeoriënteerde, ketengerichte zorg is van groot belang voor (chronische) patiënten. Deze groep doet een toenemend beroep op deze zorg. De zorg kenmerkt zich echter nog te zeer door domeinen. De goede uitzonderingen daargelaten voelt menig zorgverlener zich op

dit moment nog te weinig echt verantwoordelijk voor het structureel organiseren van goede zorg buiten zijn eigen domein. Ketenzorg komt daarom nauwelijks van de grond. Afzonderlijke aandacht voor een goede kwaliteit van ketens in de zorg is op zich in ons land een vrij nieuwe ontwikkeling. Vooral naar de toekomst toe gaat die kwaliteit sterk in belang toenemen. Het IGZ-rapport constateert dat er nog onvoldoende wordt geanticipeerd op dit aspect. Het IGZ-rapport beschouw ik vooral een waarschuwing voor de toekomst.

Ik ben het eens met de IGZ dat ketenzorg voor chronisch zieken sturing nodig heeft om structureel van de grond te komen. Het is van belang dat deze waarschuwing van de inspectie wordt opgepakt. Immers slechte afstemming en onvoldoende afbakening van taken en verantwoordelijkheden vormen potentieel ernstige risico's voor patiënten en cliënten. Daarmee zijn de patiëntveiligheid en zorgcontinuïteit in het geding. Een goede coördinatie en afstemming van ieders verantwoordelijkheden is essentieel. Het IGZ-rapport staat overigens niet stil bij de rol van verzekeraars. Verzekeraars kunnen in hun inkooprol (het kopen van kwalitatief goede eigentijdse zorg) een substantiële bijdrage leveren aan het organiseren van ketenzorg¹. De IGZ concludeert dat er bij gebreke aan anderen hier een rol voor IGZ zelf ligt. Die conclusie gaat voorbij aan die verantwoordelijkheid van verzekeraars. De IGZ moet inderdaad doorgaan het onderwerp op de agenda te houden en partijen aan te spreken. Maar aanbieders zijn primair verantwoordelijk om gezamenlijk ketenzorg op te zetten en aan te bieden; verzekeraars dienen goed georganiseerde ketenzorg in te kopen en patiënten moeten de druk op de ketel houden dat het er ook echt van komt.

Het organiseren van één aanspreekpunt in die ketenzorg zoals de IGZ aanbeveelt, hoeft daarbij niet altijd nodig te zijn. Vanuit professionele verantwoordelijkheid is het organiseren van één aanspreekpunt een moeilijk punt. Voor bijzondere patiëntengroepen zal een vast aanspreekpunt een meerwaarde kunnen hebben. Ik hecht echter vooral belang aan een goede regionale structuur waarin specifieke afspraken over ketenzorg kunnen worden gemaakt. Het gaat erom dat ketenzorg een goede organisatorische en bestuurlijke inbedding heeft.

Een initiatief dat in dit verband genoemd kan worden en mogelijk als voorbeeld kan dienen is het diaboloproject (www.diabolo-project.nl). In dit project gaat het om innovatieve initiatieven die bijdragen tot meer, beter en efficiënter samenwerken tussen de lijnen van de GGZ. Het Diaboloproject biedt de kans om innovatieve good practices – die de samenwerking en efficiency tussen de lijnen van de GGZ verbeteren - in beeld te krijgen en in de jaren daarna via een implementatieplan definitief te regelen. Dit stimuleert blijvend de beoogde efficiëntere samenwerking tussen de lijnen.

Aandacht voor ketenzorg

De kwaliteit van de door zorgverleners geleverde zorg en de bereidheid om daarover verantwoording af te leggen zijn ook centrale thema's van de Kwaliteitsbrief die de Staatssecretaris op 4 december 2002 (kamerstuk 28 439, nr.2) aan Uw Kamer heeft gezonden. Nadien is het nodige al in gang gezet.

ICT als onmisbare schakel

Met ICT als instrument zijn artsen, verpleegkundigen, apothekers, zorginstellingen (en verzekeraars) in staat elkaar en elkaars gegevens snel en op afstand te raadplegen. ICT draagt door eenduidige registratie en beschikbaarheid van gegevens in hoge mate bij aan meer veiligheid, een betere kwaliteit, kostenbesparing, vermindering van administratieve lasten en een plezieriger werkomgeving. Continue zorgregistratie en beschikbaarheid hiervan

¹ Particuliere verzekeraars kopen weliswaar geen zorg in, maar vergoeden rekeningen wel op basis van Ctg-beleidsregels, waar ook een zekere normering van uitgaat.

voor de patiënt dragen ook bij aan verbetering van ketenzorg. VWS voert een programma uit voor het verbeteren van de kwaliteit en de efficiëntie in de zorg met inzet van ICT. Onderdeel hiervan vormt de introductie van eenduidige registers voor patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars en de daarvoor benodigde wetgeving die eenduidige beschikbaarheid en communicatie regelt. Voor de aanpak van de randvoorwaarden en belemmeringen voor toepassing van ZorgICT heb ik een afzonderlijk VWS programma ZorgICT in uitvoering.

Kennis op de plank

Over ketenzorg bestaat overigens al de nodige kennis en inzicht. Daar moet alleen nog veel meer gebruik van worden gemaakt. In het rapport van ZonMw "beroerte, beroering en borging in de keten"² bijvoorbeeld wordt een goede ketenbenadering beschreven voor de zorg voor patiënten die zijn getroffen door een beroerte (CVA-keten). De verschillende branche-organisaties zijn nog eens uitdrukkelijk gewezen op het belang van dat rapport (brief IBE/I 2270227, 4 april 2002). Ondertussen loopt een serie op de Doorbraak-systematiek gebaseerde CVA-projecten, teneinde te bereiken dat in veel regio's deze vorm van zorg ook werkelijk wordt aangeboden. Het uiteindelijke doel is dat verzekeraars deze vorm van zorg in contracten gaan vastleggen en dat patiënten - actief geïnformeerd - ook kunnen nagaan waar die zorg wordt aangeboden en wat de resultaten zijn.

Als tweede actie kan het programma Sneller Beter (kamerstuk 28 439, nr.3) - het op 20 november 2003 geïntroduceerde landelijk actieplan voor kwaliteit, innovatie en doelmatigheid in de ziekenhuissector - worden genoemd. Hierin krijgt de preventie van bijvoorbeeld decubitus, ook een onderwerp met veel ketenaspecten, extra aandacht. Bij de afspraken die inmiddels met het veld over dit programma zijn gemaakt is onder meer afgesproken dat de indicatoren van de IGZ die ook op ketenzorg betrekking hebben, daarbij leidend zullen zijn.

Ten derde ontvangt uw Kamer komende maand mijn plan van aanpak over verbetering van diabeteszorg, ook een onderwerp met bij uitstek veel ketenaspecten.

Bekostiging van ketenzorg

Binnen mijn ministerie wordt op dit moment een aanpak ontwikkeld voor de realisatie van een transmurale bekostiging³. Voorlopig richt ik mij op diabetes. Uitgangspunt van de transmurale diabetes zorgtypering is de door Nederlandse Diabetes Federatie opgestelde Standaard voor diabeteszorg. In deze standaard wordt omschreven wat goede diabeteszorg omvat en wordt het kader geschetst opdat partijen afspraken kunnen maken en uitvoeren. Nodig zijn bijvoorbeeld waterdichte afspraken tussen zorgaanbieders, sluitende informatievoorziening tussen eerste en tweede lijn en eventuele transmurale zorgaanbieders en voldoende capaciteit aan ondersteuners (o.m. diabetesverpleegkundige). Er moet een aanspreekpunt in de vorm van een zorgaannemer zijn waarmee afspraken van voldoende volume kunnen worden gemaakt. Met andere woorden: ik probeer te bereiken dat de te leveren zorg doelmatig, effectief en te controleren zal zijn. Tegelijk moet het financieringsmodel voldoende ruimte laten voor de nu al bestaande diverse locale en regionale initiatieven op het gebied van diabeteszorg en moet het passen in de te verwachten veranderingen in de financiering van de eerste lijn, en mogen geen hiaten, maar ook geen overlap vertonen met de diabetes DBC's zoals ze voor de tweede lijn bestaan. Met de aanpak van een transmurale bekostiging voor diabetes heb ik een systeem voor ogen dat ook voor andere vormen van ketenzorg te gebruiken is. Op basis van de ervaringen met diabeteszorg zal ik de komende jaren ook voor andere vormen van ketenzorg bekostigingssystemen ontwikkelen.

² Het rapport "Beroerte, beroering en borging in de keten" is samen met de gebundelde wetenschappelijke bijdragen van de Edisstudie door ZonMw in november 2001 uitgebracht

³ Alleen op het terrein van bekostiging in het tweede compartiment.

KNMG

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft naar aanleiding van de genoemde brief van 4 december 2002 het onderwerp kwaliteit opgepakt. In de KNMG hebben de diverse artsorganisaties zich verenigd. De federatie heeft in november 2003 een Kwaliteitsmanifest vastgesteld. Dit manifest bevat de visie van de federatie op het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Ook ketenzorg krijgt afzonderlijke aandacht.

Het kwaliteitsmanifest van de KNMG is van belang voor de inhoudelijke kant van het kwaliteitsbeleid in de komende jaren. De KNMG meent dat in de discussie over kwaliteit en verantwoording in de gezondheidszorg artsen het initiatief behoren te nemen. De federatie constateert dat in een toenemend aantal gevallen de kwaliteit van de zorg afhangt van de kwaliteit van een multidisciplinair team van zorgverleners en/of van de kwaliteit van de zorgketen. Hierbij speelt een tijdige en adequate overdracht van zorg en informatie een essentiële rol. De KNMG beveelt haar leden via het Kwaliteitshandvest aan om kwaliteitssystemen te ontwikkelen en te gaan gebruiken voor het borgen van de kwaliteit van transmurale zorgketens en transmurale zorgfuncties. Ik beschouw dit als een belangrijk signaal aan de leden. De wetenschappelijke verenigingen hebben hier immers een belangrijke verantwoordelijkheid. Zij zullen aan het kwaliteitsbeleid inhoudelijke invulling moeten geven. Ik ben inmiddels in overleg met de KNMG om afspraken te maken over een vervolg op de aanbeveling en de betrokkenheid van de verpleging en verzorging en de patiënten hierbij.

Vervolgstappen

De acties die inmiddels in gang zijn gezet, zullen nog niet volstaan. Op basis van de aanbevelingen van de IGZ heb ik besloten om aan de volgende onderwerpen extra aandacht te geven.

Veldnormen voor verantwoorde ketenzorg

Op diverse terreinen ontbreken nog heldere veldnormen voor verantwoorde ketenzorg als maat om het eigen handelen te toetsen. Deze zijn wel nodig, zoals de KNMG ook constateert. Ik zal de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) verzoeken om in haar normenschema's daaraan specifiek aandacht te gaan geven en waar mogelijk specifiek ketenschema's op te stellen. In de certificering van zorginstellingen moeten deze een plaats krijgen als onderdeel van een goede kwaliteitsborging.

Onderwijskundige invulling ketenzorg

Kwaliteit van zorg en kennis over kwaliteitssystemen dienen in de opleiding een specifieke plaats te hebben. In het kader van de kwaliteitscyclus onderwijs zal ik alle daarvoor in aanmerking komende beroepsorganisaties en opleidingsinstituten het uitdrukkelijke verzoek doen om afzonderlijke aandacht te gaan besteden aan het onderwerp ketenzorg voor chronisch zieken. Betrokken instellingen zal ik ook vragen zich te verantwoorden over de wijze waarop zij aan mijn verzoek een onderwijskundige invulling hebben gegeven. Dit is overigens een gebruikelijke gang van zaken bij nieuwe onderwerpen die in het onderwijs/de opleiding en in de bij- en nascholing expliciet aandacht behoeven.

Toezicht door CTZ

Er is voor de zorgverzekeraars een belangrijke rol weggelegd in het kader van de ketenzorg. Het is belangrijk om ook het toezicht op die rol, in casu het toezicht door het College van Toezicht op de Zorgverzekeringen hierbij te betrekken. Ik zal het CTZ uitnodigen om in de komende jaren aandacht te gaan besteden aan de rol van verzekeraars bij ketenzorg.

Meldpunt van hinderlijke regelgeving

Ik wil met het College voor zorgverzekeringen bezien of een centraal meldpunt ingericht kan worden voor signalen over hinderlijke regelgeving die het organiseren van ketenzorg in de weg staat, met het doel die regelgeving waar mogelijk weg te nemen. Het College beschikt overigens al over een praktijkdesk die daarvoor mogelijk aan te wenden is.

Slot

Een goed georganiseerde ketenzorg zal in toenemende mate de crux worden waarop het oordeel van de patiënt over de door hem ervaren kwaliteit van zorg, zal zijn gebaseerd. Dit vraagt van alle partijen, maar vooral van de betrokken professionals en instellingen een andere attitude en bovenal de bereidheid om buiten de grenzen van de eigen professie en het eigen zorgdomein verantwoordelijkheden te nemen, afspraken te maken over ieders (deel)bijdrage aan de ketenzorg en de benodigde informatie daarover. Cliënt en patiënt als zorgvragers vormen daarbij voor alle partijen het uitgangspunt. Die bereidheid en de gerichte inspanningen om dit in een regio met elkaar te organiseren is voor het behalen van een goed zorgresultaat naar mijn mening de start van een succesvolle aanpak.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst