

Van patiënt tot partner

NYFER

Straatweg 25

3621 BG BREUKELEN

T 0346 - 291641

F 0346 - 291671

E nyfer@nyfer.nl

I www.nyfer.nl

Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie en met financiële steun van GlaxoSmithKline. De visies en conclusies weergegeven in dit rapport zijn die van NYFER en komen niet noodzakelijkerwijs overeen met die van de opdrachtgever.

Ontwerp en zetwerk

Quina de Graaf, Breukelen

Drukwerk

Hoonte Bosch en Keuning, Utrecht

© auteursrecht NYFER, Breukelen, februari 2005

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

ISBN 90 76443 00 9

Van patiënt tot partner

Lucienne Berenschot
Leo van der Geest

Doelstelling NYFER

NYFER doet toegepast-wetenschappelijk economisch onderzoek op een groot aantal beleidsterreinen. De resultaten daarvan worden ingebracht in het publieke debat over economie en samenleving. NYFER wil meten, analyseren en vergelijken om het sociaal- en financieel-economisch beleid op een hoger plan te brengen. Onderzoeksterreinen zijn arbeidsmarkt en sociale zekerheid, levensloop en pensioen, gezondheidszorg, onderwijs, kenniseconomie, stedelijke vernieuwing en ruimtelijke ontwikkeling, marktordening, regulering en mededinging, en financiële economie. Het onderzoek is multidisciplinair en combineert economische met historische en bestuurlijke inzichten. Veel onderzoek plaatst nationale ontwikkelingen in een breder, internationaal perspectief. Er is bijzondere aandacht voor een heldere presentatie.

Adviseurs

- Prof. dr. Lans Bovenberg
hoogleraar economie aan de Universiteit van Tilburg en directeur van Netspar
- Prof. dr. Harry Garretsen
hoogleraar internationale economie aan de Utrecht School of Economics
- Prof. dr. Eugene Kandel
hoogleraar microstructuur financiële markten aan de Hebrew University of Jerusalem (Israël)
- Prof. dr. Ton Kreukels
hoogleraar planologie aan de Universiteit van Utrecht
- Prof. dr. ir. Jan van Ours
hoogleraar arbeidseconomie aan de Universiteit van Tilburg, wetenschappelijk directeur van OSA en tevens verbonden aan wetenschapsinstituut CentER
- Prof. dr. Sweder van Wijnbergen
hoogleraar economie aan de Universiteit van Amsterdam en algemeen directeur van Infomedics
- Prof. dr. Eduard Bomhoff
hoofd van de School of Business van de Monash University Sunway Malaysia

Woord vooraf

De bevolking van nu heeft een aanzienlijk hogere levensverwachting dan de bevolking van dertig jaar geleden. Een verdere toename van de gemiddelde levensduur ligt in het verschiet. Maar die extra jaren worden niet allemaal in goede gezondheid doorgebracht. In alle westerse landen neemt het aandeel van de bevolking, dat lijdt aan chronische ziekten toe. Dit plaatst de gezondheidszorg voor nieuwe uitdagingen.

Een van de belangrijkste uitdagingen is de patiënt een centralere rol toe te bedelen in de zorg. Van afhankelijke zorgontvanger moet de patiënt partner in het zorgproces worden. Dit kan bijdragen aan een kwalitatief betere én doelmatiger gezondheidszorg. Maar het vraagt vergaande veranderingen in de organisatie van de zorg. De nieuwe Zorgverzekeringswet moet hiervoor ruimte scheppen. Dit rapport bespreekt, hoe en onder welke voorwaarden de nieuwe wet kan bijdragen aan een versterking van de positie van de patiënt in de zorg. Het geeft aan, waarom dit niet alleen wenselijk, maar zelfs noodzakelijk is.

Het onderzoek is verricht door NYFER in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en met financiële steun van GlaxoSmithKline. NYFER is veel dank verschuldigd aan de heer E. (Ele) Visser, beleidsadviseur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, en dr. C.G. (Kees) van Schagen, directeur Corporate Affairs van GlaxoSmithKline, voor hun stimulerende begeleiding van het onderzoek. Vele andere personen hebben met hun visie en commentaar bijgedragen aan dit onderzoek. Dit geldt in het bijzonder voor de deelnemers aan een *expert meeting*, die aan het onderzoek voorafging: prof. dr. A. Boot, prof. dr. H. Keuzenkamp, prof. dr. L. Koopmans, drs. J. Maljers, prof. dr. B.M.S. van Praag, drs. F.B.M. Sanders, dr. M.J.W. Sprenger en prof. mr. E. Steyger. NYFER is hen allen zeer dankbaar voor hun waardevolle suggesties, die belangrijk hebben bijgedragen tot het uiteindelijke resultaat.

Inhoud

Conclusies in hoofdpunten	9
1 Inleiding	15
2 Chronische ziek(t)en: Nederlands grootste zorg	17
2.1 Chronische ziekten domineren de zorgvraag	17
2.2 Dramatische toename chronische ziekten verwacht	23
2.3 Gevolgen voor de zorguitgaven	24
2.4 Maatschappelijke gevolgen	26
2.5 Het zorgstelsel: onvoldoende aangepast aan chronisch zieken	30
2.6 Conclusie	31
3 De zorgvrager: van patiënt tot partner	33
3.1 Chronische patiënten: meer kennis, minder afhankelijkheid	33
3.1.1 Internet: informatie in overvloed	34
3.1.2 Ervaringsdeskundig	35
3.1.3 Van patiënt tot klant	37
3.1.4 E-health: een revolutie in de zorg?	38
3.2 De patiënt zelf speelt een grote rol in de behandeling	38
3.3 De patiënt als co-producent	40
3.4 Conclusie: van patiënt tot partner	41
4 Bouwstenen voor een eigentijds en duurzaam zorgstelsel	43
4.1 De patiënt centraal	43
4.1.1 Empowerment: sterkere patiënten, betere zorg	44
4.1.2 Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt	47
4.2 Reorganisatie van de zorg	48
4.2.1 Terug naar de eerste lijn	48
4.2.2 Verbetering van de informatievoorziening	51
4.2.3 De zorgverlener in een nieuwe rol	52
4.3 Preventie	53
4.4 Conclusie	57

5	Wat levert integrale zorg op?	59
5.1	Het belang van betere zelfzorg	60
5.2	Besparing op zorgkosten	65
5.3	Maatschappelijke baten	68
5.4	Conclusie	69
6	Draagt de nieuwe Zorgverzekeringswet bij aan effectieve en duurzame zorg?	71
6.1	Knelpunten in het zorgstelsel	71
6.2	Verzekeraars in een sleutelrol	73
6.3	Ruimte voor zorgvernieuwing	75
6.4	Prikkels voor zorgvernieuwing	76
6.4.1	Kwaliteit door keurmerken	76
6.4.2	Risicoverevening	78
6.4.3	Prikkels voor preventie	79
6.5	Sturing van zorgvernieuwing	80
6.6	Conclusie	82
	Literatuur	85

Conclusies in hoofdpunten

1 Chronische ziekten: Nederlands grootste zorg

Chronische ziekten domineren de zorgvraag. Nu al maken chronische aandoeningen 57% van het jaarlijkse aantal nieuwe ziektegevallen uit. In de toekomst zal dat nog veel meer zijn. Demografische en epidemiologische trends wijzen uit, dat de prevalentie van veel voorkomende chronische ziekten als diabetes, darmkanker, astma en hartfalen tussen nu en 2020 met meer dan 50% zal toenemen. Wanneer het stelsel van gezondheidszorg er niet in slaagt adequaat in te spelen op deze situatie, zullen chronische ziekten niet alleen een steeds groter verlies van gezonde levensjaren en kwaliteit van leven veroorzaken, maar zich ook ontwikkelen tot het meest kostenverslindende probleem van de gezondheidszorg. Daarmee vormen zij ook een economische bedreiging.

2 Zorgstelsel niet aangepast aan sterke groei chronische ziekten

De organisatie van de gezondheidszorg is nog sterk op de behandeling en genezing van acute gezondheidsproblemen geënt. Die inrichting is voor chronische aandoeningen ongeschikt. De omvorming van de gezondheidszorg tot een systeem dat lange termijn gezondheidsproblemen op een doelmatige wijze aanpakt, vereist:

1. het centraal stellen van de patiënt (en zijn familie) als volwaardige partner in de zorg;
2. hervorming van de gezondheidszorg, gericht op het aanbieden van integrale zorg in de eerste lijn;
3. meer nadruk op preventie.

3 Sterkere patiënten, betere zorg

Bij veel chronische ziekten zijn aanpassing van de levensstijl, therapietrouw en zelfzorg cruciaal voor het verloop van de ziekte. De patiënt is daarmee co-product van zijn eigen gezondheid. Veel patiënten hebben moeite met deze verantwoordelijkheid. In Australië en de Verenigde Staten is veel ervaring opgedaan met *patient empowerment* programma's om patiënten beter toe te rusten als co-producten van zorg. Essentiële elementen daarvan zijn: (i) training van patiënten om hun aandoening zo goed mogelijk te managen; (ii) uitwerking van 'maatwerk'-programma's, waarbij continue professionele ondersteuning wordt geboden; (iii)

een volgsysteem van patiënten waarbij er periodiek contact is tussen de patiënt en professionals. Uit de ervaringen blijkt, dat *empowerment* programma's niet alleen leiden tot grotere klanttevredenheid, maar ook tot betere objectieve gezondheidsresultaten én lagere zorgkosten.

4 Maatwerk in de eerste lijn

Chronische zorg is integrale zorg, gericht op patiënten met bepaalde typen aandoeningen, zoals astma, hartfalen of diabetes. Dit type zorg vereist nauwe samenwerking tussen disciplines en vergt andersoortige kennis en vaardigheden dan acute zorg. Naast medische zijn communicatieve, educatieve en ondersteunende vaardigheden belangrijk om patiënten te leren omgaan met hun ziekte. Zorgverleners hoeven niet allemaal een artsdiploma te hebben om die zorg te kunnen leveren. *Nurse-practitioners*, praktijkassistenten, wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners kunnen een belangrijk deel van de praktische zorg voor hun rekening nemen. Wel is het belangrijk dat ook artsen en specialisten bij de zorg betrokken zijn: medisch-specialistische kennis blijft nodig, maar wordt uit efficiëntieoverwegingen alleen daar ingezet waar die vereist is. Door de gebundelde expertise en mate van specialisatie kan dergelijk zorgaanbod slagvaardiger, klantgerichter en met betere gezondheidsresultaten werken dan nu in de eerste- en tweedelijnszorg worden behaald.

5 Preventie is essentieel

De oplopende ziektelast van chronische aandoeningen wordt niet alleen veroorzaakt doordat de bevolking vergrijsst, maar ook door ongezonde leefgewoonten. Steeds meer mensen leven ongezond. Tentatieve berekeningen in dit rapport wijzen uit, dat de verwachte stijging van de zorguitgaven aan chronische aandoeningen met meer dan 50% tot 2020, tot een derde kan worden teruggebracht door effectieve toepassing van verschillende vormen van preventie. Het gaat daarbij om een samenhangend beleid op vele fronten: voeding, lichaamsbeweging, bevordering van gezonde arbeids- en leefomstandigheden, vroege diagnosticering en behandeling, en adequate zelfzorg van patiënten met chronische aandoeningen.

6 Impulsen van het nieuwe zorgstelsel?

Het is nog onduidelijk, of het nieuwe zorgstelsel tot betere zorg voor chronisch zieken zal leiden. Het antwoord op die vraag zal afhangen van (i) de mate waarin verzekeraars en patiënten(organisaties) er als vragers op de zorgmarkt gezamenlijk in slagen om kwalitatief hoogwaardige én doelmatige zorg te verkrijgen, (ii) de



prikkels voor verzekeraars en zorgaanbieders om zorgvernieuwing te bewerkstelligen, en (iii) de (politieke) ruimte om nieuwe zorgvormen te laten opbloeien (en oude te laten afsterven).

7 Kwaliteitskeurmerken voor zorg

In het nieuwe zorgstelsel worden prijs en kwaliteit van het zorgaanbod bepaald door concurrentie tussen verzekeraars. Het risico is groot dat de concurrentie op de verzekeringsmarkt vooral prijsconcurrentie zal zijn. Kwaliteitskeurmerken, door patiëntenorganisaties toegekend aan zorgaanbieders die aan zorgvuldig gespecificeerde kwaliteitseisen voldoen, kunnen een belangrijk instrument zijn om kwaliteit in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars te verankeren.

8 Bundeling van inkoopmacht door collectieve contracten

Patiënten hebben in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel geen rechtstreekse invloed op het zorgaanbod. Zij kunnen alleen met de voeten stemmen. In de praktijk is de neiging van verzekerden om van verzekeraar te wisselen beperkt. Bovendien kan de aanvullende verzekering, waarvoor geen acceptatieplicht geldt, een obstakel zijn om naar een andere verzekeraar over te stappen. De onderhandelingsmacht van patiënten/verzekerden jegens verzekeraars kan worden vergroot door collectieve contracten. Binnen het kader van dergelijke contracten kunnen patiëntenorganisaties in samenspraak met verzekeraars en zorgaanbieders bepalen, hoe de zorg voor bijvoorbeeld hart- of carapatiënten in de regio het best kan worden georganiseerd. Zo ontstaan prikkels voor zorgvernieuwing vanuit een kwaliteits- én doelmatigheidsstreven, en wordt ook de kennis van zorgvragers benut. Voor individuele verzekerden is het onmogelijk dergelijke zorgvernieuwingen te bewerkstelligen.

9 Preventieve zorg

Investeren in preventie is vaak zeer kosteneffectief. Toch komt preventie onvoldoende van de grond. Landelijke campagnes, gericht op het voorkomen van ziekten door mensen meer bewust te maken van de risico's van bepaalde gedragspatronen voor de gezondheid (primaire preventie), zijn vooral een overheidstaak. Meer inzet is hier geboden, op basis van integrale afwegingen van kosten en baten. Op het gebied van secundaire en tertiaire preventie – het in een vroegtijdig stadium opsporen van ziekten, tijdig voorkomen dat ziekten verergeren en het bevorderen van zelfzorg door patiënten – kunnen verzekeraars een belangrijke rol spelen. Maar in een markt waarin verzekerden voortdurend van verzekeraar wisselen, worden verzekeraars ont-

moedig om in preventie te investeren. Het risico is immers groot, dat de baten daarvan bij concurrenten terechtkomen, die niet in preventie hebben geïnvesteerd. Nader onderzoek is nodig, hoe patiënten en verzekeraars op de juiste manier kunnen worden aangemoedigd om tot een betere beheersing van gezondheidsrisico's te komen. Recente initiatieven van verzekeraars om patiënten die zelfzorg serieus nemen te belonen, zijn een stap in de goede richting.

10 Chronisch zieken als aantrekkelijke klanten

Veel mensen maken zich zorgen, dat private verzekeraars klanten op gezondheidsrisico zullen proberen te selecteren. Een systeem van risicoverevening tussen verzekeraars moet dat voorkomen. De afspraken rond de wijze van verevening luisteren nauw. Enerzijds moeten de vergoedingen uit het vereveningsfonds toereikend zijn om te voorkomen dat verzekeraars 'dure' klanten, zoals ouderen en chronisch zieken, proberen te weren. Anderzijds moeten verzekeraars een prikkel blijven voelen om de zorg zo efficiënt mogelijk in te richten. Verevening vooraf op basis van gemiddelde kosten per risicoprofiel biedt daartoe betere voorwaarden dan verevening op basis van werkelijke kosten achteraf. Als extra waarborg tegen risicoselectie is het denkbaar om de vergoeding uit het vereveningsfonds voor ouderen of chronisch zieken hoger te stellen dan het feitelijke risico. Op die manier krijgen verzekeraars een stimulans om zich te richten op voorheen moeilijk verzekerbare groepen. Waarschijnlijk echter is een risiconeutrale verevening al voldoende om dure klanten aantrekkelijker te maken dan goedkope, omdat juist bij de intensieve gebruikers van zorg de grootste doelmatigheidswinsten zijn te behalen door efficiënte zorginkoop en verbetering van de organisatie van de zorg.

11 Bevordering van eigen verantwoordelijkheid door financiële prikkels

Als co-producenten van gezondheid zijn patiënten in hoge mate verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid. Daar past ook een financiële verantwoordelijkheid bij. Financiële stimulansen, bijvoorbeeld in de vorm van bonussen voor patiënten die hun eigen gezondheid goed bewaken, hebben een sterkere invloed op het gezondheidsresultaat dan eigen betalingen voor zorguitgaven waar patiënten geen invloed op kunnen uitoefenen. Zij appelleren ook meer aan het rechtvaardigheidsgevoel.

12 Politieke ruimte voor zorg vernieuwing

De noodzakelijke zorg vernieuwing knaagt aan gevestigde posities van artsen, specialisten, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders. Dat zal verzet opleveren.



Het is essentieel dat er voldoende ruimte ontstaat voor zorgvernieuwingsprojecten, zodat die de tijd en gelegenheid krijgen om zichzelf te bewijzen. Regelgeving en financiële kaders die daarvoor belemmerend werken, moeten worden losgelaten. Zorgvernieuwing kan niet van bovenaf worden opgelegd, maar krijgt gestalte door lokale initiatieven van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en verzekeraars, die kansen zien om de zorg beter te maken. Zorgvernieuwing betekent in veel gevallen een fundamentele herschikking van het aanbod: nieuwe producten, nieuwe organisatievormen en nieuwe aanbieders. Nieuwkomers op de markt, en de daaruit voortkomende concurrentiedreiging, zullen daarbij een grote rol moeten spelen, om gevestigde partijen in beweging te krijgen. Het is dan ook essentieel dat wet- en regelgeving ruimte bieden voor nieuwe initiatieven, door bijvoorbeeld vrije toetreding (mits aan alle kwaliteitseisen is voldaan) en vrij onderhandelbare inkoop en prijzen van zorgproducten toe te staan. Niet door centrale regelgeving, maar door een flexibele afstemming tussen vraag en aanbod zal het zorgstelsel meer vraaggericht worden.

13 Langer werken? In goede gezondheid!

Het kabinetsbeleid om mensen langer te laten doorwerken om de financiële gevolgen van de vergrijzing op te kunnen vangen, is gedoemd te mislukken als de gezondheidssituatie van ouderen verslechtert. Op dit moment gaat een aanzienlijk deel van de beroepsbevolking rond het zestigste jaar met VUT of pensioen. Dat is ook de leeftijd, waarop zich bij velen gezondheidsproblemen met een chronisch karakter beginnen te openbaren. De gezondheid blijkt een belangrijke factor te zijn bij de beslissing het arbeidsproces te verlaten. Bevordering van arbeidsdeelname van ouderen heeft meer kans van slagen, als zij wordt ondersteund met maatregelen die verval van menselijk kapitaal door chronische ziekten tegengaan





Inleiding

Chronische ziekten zijn het gezondheidsprobleem van de 21^e eeuw, aldus de Wereldgezondheidsorganisatie. Door veroudering van de bevolking, successen bij het bestrijden van levensbedreigende ziekten en veranderingen in consumptiepatronen en levensstijl, neemt het aantal chronisch zieken wereldwijd sterk toe. In Nederland lopen schattingen van het aantal chronische patiënten uiteen van 1,5 tot 4,5 miljoen, afhankelijk van de gebruikte definitie. Hun aantal is in het afgelopen decennium sterk gestegen en zal naar verwachting in de komende decennia verder oplopen.

Chronische ziekten treffen in de eerste plaats patiënten (en hun familie). Zij veroorzaken een groot verlies aan gezonde levensjaren. Daarnaast berokkenen zij economische schade. Er treedt verlies op van menselijk kapitaal en de oplopende zorgkosten belasten de economie. Nu al wordt het grootste deel van het zorgbudget besteed aan chronische ziekten. Naarmate chronische ziekten verder om zich heen grijpen, zullen de uitgaven stijgen. Wanneer geen passende antwoorden op deze ontwikkeling worden gevonden, dreigen chronische ziekten het meest kostenverslindende probleem van de gezondheidszorg te worden.

Het zorgstelsel is nog onvoldoende aangepast aan de sterke toename van chronische ziekten. Het is vooral gericht op behandeling en genezing van acute gezondheidsproblemen. Chronische aandoeningen vragen een andersoortige aanpak: minder versnipperd, gericht op de lange termijn, gericht op samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders, en met een hoofdrol voor de patiënt zelf, die met zijn ziekte moet leren omgaan en deze moet inpassen in zijn leefpatroon.

De uitdagingen voor de gezondheidszorg liggen op drie fronten. De patiënt moet meer centraal komen te staan in het zorgproces: hij moet partner worden in de zorgverlening. Dit betekent dat ook artsen, verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren in de zorg hun taken en werkwijzen zullen moeten veranderen. Zorginstellingen staan voor de uitdaging hun organisatie aan de veranderde behoeften aan te passen en nieuwe zorgvormen te ontwikkelen. Dit houdt een belangrijke herschikking van mensen en middelen in. Voor beleidsmakers is de

uitdaging hiervoor de voorwaarden te scheppen. Zodat zorgvernieuwingen een kans krijgen en niet in gebrek aan geld of overmaat aan bureaucratie sneuvelen.

Zeer recent heeft het parlement ingestemd met een nieuwe Zorgverzekeringswet, die een herschikking van verantwoordelijkheden in de zorg inhoudt: minder centrale aansturing, meer beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen zelf. Welke stimulansen biedt het nieuwe wettelijke kader voor de noodzakelijke zorgvernieuwing en hoe kan worden gewaarborgd dat mensen de zorg ontvangen die zij nodig hebben?

Dit onderzoeksrapport gaat dieper op het bovenstaande in en probeert daarbij antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Welke trends doen zich voor in de ontwikkeling van chronische ziekten?
2. Wat zijn hiervan de gevolgen voor de vraag naar zorg en bredere maatschappelijke effecten?
3. Welke eisen stellen deze ontwikkelingen aan de inrichting van de zorg?
4. Hoe verandert de positie van de patiënt in de zorg?
5. Hoe kan de nieuwe Zorgverzekeringswet bijdragen aan een effectieve, toegankelijke en betaalbare zorg?

Het rapport is als volgt ingedeeld. Hoofdstuk 2 bespreekt de toename van chronische ziekten en schetst de gevolgen daarvan voor de zorguitgaven en andere maatschappelijke effecten. Hoofdstuk 3 zet uiteen dat effectief omgaan met chronische aandoeningen vaak aanpassingen in het gedrag en de levensstijl van patiënten vraagt; dit dwingt ertoe meer nadruk te leggen op de centrale rol en verantwoordelijkheid van patiënten in het zorgproces. Hoofdstuk 4 gaat dieper in op aanpassingen die in het zorgstelsel nodig zijn om effectief in te spelen op de uitdagingen die de sterke toename van chronische aandoeningen stelt. Hoofdstuk 5 presenteert een indicatieve schatting van de gezondheidswinst en maatschappelijke besparingen die daarmee te boeken zijn. Hoofdstuk 6 bespreekt mogelijke gevolgen van de nieuwe Zorgverzekeringswet voor de kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg en doet suggesties om de zorg effectief in te laten spelen op de behoeften van patiënten. Elk hoofdstuk besluit met conclusies. Voorin het rapport staan de belangrijkste conclusies in hoofdpunten samengevat.



2

Chronische ziek(t)en: Nederlands grootste zorg

Dankzij de enorme vooruitgang die de medische wetenschap de afgelopen eeuw heeft geboekt, zijn veel acute aandoeningen in ernst en omvang afgenomen. Infectieziekten zijn in belangrijke mate teruggedrongen door verbetering van levensomstandigheden en preventieve maatregelen, zoals bijvoorbeeld vaccinatieprogramma's. Antibiotica hebben een doeltreffende behandeling van bacteriële ontstekingen mogelijk gemaakt. En de ontwikkelingen gaan door, zoals de antwoorden van de medische technologie op recente grootschalige bedreigingen van de gezondheid aantonen: besmetting met het HIV-virus hoeft niet langer dodelijk te zijn, een dreigende SARS-epidemie werd met de razendsnelle ontwikkeling van een nieuw vaccin afgewend.

Veel ziekten zijn dankzij die innovaties 'behandelbaar' geworden: van acute levensbedreigingen zijn zij teruggebracht tot chronische aandoeningen. De zorgvraag in westerse landen wordt dan ook al jarenlang gedomineerd door mensen met een chronische ziekte.¹ Alle voorspellingen van lange termijn ontwikkelingen in de zorg wijzen uit, dat dit in de toekomst alleen nog maar sterker het geval zal zijn. Dat stelt nieuwe eisen aan het zorgaanbod, de relatie tussen zorgvragers en zorgverleners en de algehele organisatie van de gezondheidszorg.

2.1 Chronische ziekten domineren de zorgvraag

De schattingen van het aantal chronische patiënten in Nederland lopen uiteen van 1,5 tot 4,5 miljoen, afhankelijk van de precieze omschrijving van het begrip chronische aandoeningen.² De afgelopen jaren is hun aantal enorm toegenomen.

Het Volksgezondheid Toekomst Verkenning onderzoek uit 2002 geeft een overzicht van incidentie en prevalentie van ziekten in Nederland voor het jaar 2000. In tabel 2.1 zijn die cijfers weergegeven, geordend naar de WHO-indeling van

¹ Een chronische ziekte is een "onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur", volgens de definitie die het Ministerie van VWS hanteert.

² NCCZ, 1999: Van mogelijk naar noodzakelijk. Chronisch ziekenbeleid in de 21e eeuw.

ziektegroepen. De incidentie is het aantal nieuwe ziektegevallen in een jaar. In totaal waren dat er 8,7 miljoen in 2000. De meerderheid daarvan betreft acute gezondheidsproblemen: 31% van de ziektegevallen ging om acute luchtwegproblemen, 30% om uitwendige oorzaken (botbreuken, verkeersslachtoffers).

Tabel 2.1 Vóórkomen van ziekten in Nederland, 2000

ICD hoofdstuk*	incidentie		prevalentie		sterfte	
	abs	%	abs	%	abs	%
infectieziekten	338170	4	1650	0	1197	1
nieuwvormingen	60610	1	263410	5	23268	26
endocriene ziekten	65000	1	414000	8	3345	4
psychische stoornissen	186800	2	461900	9	919	1
zenuwstelsel/zintuigen	11600	0	123200	2	1152	1
hart- en vaatziekten	150300	2	832700	17	37006	42
ademhalingswegen						0
- acuut	2666100	31			7377	8
- chronisch	155400	2	734400	15	6721	8
spijsverteringstelsel	17680	0	36200	1	452	1
urinerwegen en geslachtsorganen	723700	8			12	0
huidziekten	500930	6	498320	10	386	0
bewegingsstelsel	1222750	14	1538300	31	357	0
aangeboren afwijkingen	1920	0	66500	1	346	0
perinatale aandoeningen	15700	0			266	0
uitwendige oorzaken	2584500	30			5040	6
totaal	8701160	100	4970580	100	87844	100

* International Classification of Diseases, WHO
Bron: RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid

Met de prevalentie wordt het aantal mensen bedoeld dat de ziekte op een bepaald tijdstip (of in een bepaalde periode) heeft. Daarbij gaat het om langer durende aandoeningen: de prevalentie van infectieziekten omvat bijvoorbeeld vrijwel uitsluitend AIDS-patiënten. In 2000 was er sprake van bijna vijf miljoen langer durende, of chronische, aandoeningen. Zowel voor incidentie als prevalentie ligt het aantal patiënten overigens lager dan het aantal ziektegevallen, omdat één persoon meerdere malen ziek kan worden en aan meerdere aandoeningen tegelijk kan lijden. De meest voorkomende chronische ziekten in ons land zijn aandoeningen aan het bewegingsstelsel, waaronder reumatoïde artritis, multiple sclerose, nek- en rugklachten en osteoporose (1,5 miljoen mensen), hart- en vaatziekten (ruim 800.000 patiënten), chronische problemen van de ademhalingswegen, ofwel astma en COPD (meer dan 700.000 mensen), huidziekten (een kleine half miljoen patiënten), psychische



stoornissen (inclusief verstandelijke handicaps en dementie meer dan 450.000 patiënten) en endocriene ziekten, of diabetes (ruim 400.000 patiënten).

Het aantal gediagnosticeerde chronische aandoeningen in Nederland is daarmee gelijk aan 57% van het jaarlijkse aantal nieuwe ziektegevallen.³ En dat aantal neemt snel toe: in 2000 was het aantal nieuwe gevallen van hart- en vaatziekten gelijk aan 18% van de al bestaande populatie. Voor chronische aandoeningen aan de ademhalingswegen was dat zelfs 21%, voor diabetes bijna 16%.

In werkelijkheid ligt het aantal chronische aandoeningen nog hoger. De groep ongediagnosticeerde chronisch zieken is namelijk aanzienlijk. Zo is berekend dat aan het vaststellen van de diagnose diabetes type 2 een preklinische fase voorafgaat van 5 tot 7 jaar.⁴ Ook voor andere aandoeningen geldt dat diagnose pas laat, meestal bij het optreden van complicaties, plaatsvindt. Een recente studie van Nivel en RIVM laat zien dat het aandeel in de bevolking dat chronische klachten rapporteert, is gestegen van 49,8% in 1987 naar 56,9% in 2001.⁵ Onder vrouwen is de toename het grootst, en zij doet zich in alle leeftijdscategorieën voor. Bij mannen is het vooral in de hoogste leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder, dat het aandeel met chronische klachten is opgelopen. Veel van deze klachten worden niet aan de huisarts gemeld. Ondanks de chronische klachten beoordeelt ruim 75% van de onderzoekspopulatie zijn eigen gezondheid als goed tot zeer goed.

Tabel 2.2 Aandeel respondenten (%) met één of meer chronische klachten in 1987 en 2001

leeftijd (jr)	1987					2001						
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	totaal	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	totaal
man	26,1	33,5	44,2	65,2	72,7	46,4	30,4	31,1	45,8	65,7	81,0	51,6
vrouw	18,9	41,1	55,7	70,6	77,7	53,2	28,4	47,3	60,4	75,2	84,3	61,4
totaal	22,8	37,4	50,0	67,9	75,5	49,8	29,4	39,3	54,2	70,8	82,9	56,9

Bron: Van Lindert et al., 2004, p. 128

De sterke stijging onder het aantal chronische ziekten zal voorlopig nog doorzetten. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 gaat ervan uit, dat het aan-

³ Kanker is hierbij nog niet meegeteld als chronische ziekte, omdat dat in Nederland nog niet gebruikelijk is. De WHO classificeert kanker al wel als chronische aandoening.

⁴ Baan en Feskens, 2001: 'Preventie van diabetes mellitus type 2', p. 1679.

⁵ Van Lindert, Droomers en Westert, 2004: *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*.

tal bestaande en nieuwe gevallen van chronische ziekten in de komende 20 jaar met 25 tot 55% zal toenemen als gevolg van groei en vergrijzing van de bevolking. Bij mannen wordt een sterkere toename van langdurige ziekten verwacht dan bij vrouwen.⁶ Nederland neemt daarmee overigens geen uitzonderingspositie in: de Wereld Gezondheidsorganisatie, WHO, stelde in 2002 dat chronische ziekten wereldwijd verantwoordelijk zijn voor 59% van alle sterfgevallen en voor 46% van de ziektelast. De WHO wijt dit vooral aan veranderde leefgewoonten ten gevolge van industrialisatie, verstedelijking, economische ontwikkeling en toenemende globalisering van de voedingsmarkt.⁷

Box 2.1 Suikerziekte: een sluipend proces met vérstrekkende gevolgen

Iedereen kent wel iemand met suikerziekte, hoge bloeddruk of reuma. Toch wordt de ernst ervan regelmatig onderschat, omdat maar weinig mensen bekend zijn met het feit dat het om complexe aandoeningen gaat, die met de dagelijkse medicatie niet opgelost zijn. Medicatie helpt weliswaar de ziekte te controleren en de voortgang af te remmen, maar neemt in veel gevallen niet alle klachten weg en kan het voortschrijdende proces van gezondheidsverlies niet altijd stopzetten. Het voorbeeld van diabetes illustreert dit.

Diabetes, beter bekend als suikerziekte, kent meerdere vormen. Type 1 en 2 komen het meest voor. Van alle diabetici in Nederland lijdt zo'n 20% aan type 1 diabetes, ook wel 'juvenile' diabetes genoemd. De oorzaak ligt bij een auto-immuun proces dat de insulineproducerende (bèta)cellen in de alvleesklier vernietigt. Bij gebrek aan insuline, het hormoon dat glucose opslaat in de lichaamscellen, stijgt de bloedsuikerspiegel waardoor hyperglycemie ontstaat. Zonder ingrijpen is dit dodelijk. Dit type diabetes treedt gewoonlijk al jong op, vóór het veertigste levensjaar maar meestal veel eerder, rond de leeftijd van dertien.⁸

De meerderheid van de suikerpatiënten heeft type 2 diabetes: daarbij is sprake van een combinatie van insulineresistentie, slecht functioneren van de insulineproducerende bèta-cellen en een verhoogde glucoseproductie door de lever. Type 2 diabetes stond lang bekend als 'ouderdomssuiker', maar wordt tegenwoordig steeds vaker op jongere leeftijd geconstateerd.

De behandeling van diabetes is gebaseerd op het nastreven van een goede balans tussen bloedsuikerspiegel, energie-inname (koolhydraten in de voeding) en energieverbruik door lichamelijke activiteit. De toediening van insuline wordt hierop zo precies mogelijk ingesteld. Zo wordt de kans op hyperglycemie en het risico van lange termijn complicaties zoveel mogelijk beperkt. De patiënt moet wel voortdurend alert zijn om te voorkomen

⁶ RIVM, 2002: *Gezondheid op koers?*

⁷ WHO, 2004: *Global strategy: overall goal and guiding principles*, www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en.html.

⁸ Heart Center Online, *Types of diabetes*, www.heartcenteronline.com/myheartdr/common/articles.cfm.



dat de bloedsuikerspiegel te véér daalt, en hypoglycemie optreedt: naast trillen, hartkloppingen en zweten kan dit leiden tot concentratieverlies en stoornissen in motoriek en concentratie.⁹ Hypoglycemie beïnvloedt de rijvaardigheid. Diabetespatiënten die 'hypo's' hebben, zijn ongeschikt voor alle rijbewijzen.¹⁰

Diabetes is een stofwisselingsziekte en gaat gepaard met complicaties. Zo tast suikerziekte het gezichtsvermogen aan: diabetische 'retinopathie' is de meest voorkomende oorzaak van slechtziendheid en blindheid op volwassen leeftijd. Dertig procent van alle diabetespatiënten in Nederland ontwikkelt nierstoornissen. Diabetici maken elf procent uit van alle nierdialysepatiënten in Nederland. Daarnaast tast de ziekte het hart-, vaat- en zenuwstelsel aan: diabetici hebben twee tot vier keer zoveel risico op een hartinfarct, en twee tot drie keer meer risico op een beroerte dan hun gezonde leeftijdsgenoten. De aantasting van het vaatstelsel geeft ook problemen met de doorbloeding van de onderste ledematen: ongeveer de helft van amputaties van voet en onderbeen is het gevolg van diabetes. Al met al zorgen diabetes en bijkomende complicaties voor elf procent van de ligdagen in het ziekenhuis.¹¹ De mate waarin en de snelheid waarmee complicaties optreden, hangt sterk samen met het al dan niet succesvol kunnen normaliseren van de bloedsuikerspiegel, en het vermijden van hypo- en hyperglycemie.

De verantwoordelijkheid van levenslange, intensieve zelfregulatie en de aanpassingen in het dagelijkse leven die diabetes vraagt, zijn voor veel patiënten en hun directe omgeving een grote belasting. Aanvallen van hypo- en hyperglycemie leiden soms tot gevoelens van controleverlies, angst en schaamte. De stress die dat met zich meebrengt, verhoogt het risico op ontregeling. Daarnaast treden vaker psychische klachten op, zoals depressiviteit en – vooral bij jonge mensen – eetstoornissen.¹²

In 1999 bedroegen de medische kosten ten behoeve van diabeteszorg volgens Polder € 407,6 miljoen (1,1% van het totale zorgbudget).¹³ Ten opzichte van 1994 betekende dit een jaarlijkse uitgavengroei aan diabeteszorg van 10,1% voor mannen, en 4,9% voor vrouwen. Van Os wijst naar aanleiding van het Kosten van ziekten-onderzoek 1994 op het feit dat de werkelijke kosten onderschat worden, omdat complicaties ten gevolge van diabetes alleen worden meegeteld wanneer diabetes als hoofddiagnose wordt geregistreerd.¹⁴ Alle gevallen waarin diabetes als nevendiagnose, of zelfs niet vermeld wordt, blijven buiten beschouwing. Daarnaast wordt geen rekening gehouden met diabetes als risicofactor voor chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, infecties en aandoeningen van huid- en bindweefsel. Op basis van relatieve risico's berekent Van Os, dat de kosten voor diabeteszorg in 1994 ruim tweemaal zo hoog uitvielen als geraamd in het Kosten van ziekten-onderzoek, wanneer wél rekening wordt gehouden met die factoren. Ook een

⁹ Van der Ven en Snoek, 2001: 'Diabetes de baas'.

¹⁰ Centraal Bureau Rijvaardigheid, 2002: *Diabetes en het rijbewijs*.

¹¹ Van Ballegooie en Van Everdingen, 2000: 'CBO-richtlijnen'.

¹² Thoolen, 2003: 'Hulp bij zelfzorg – diabetes onder de loep'.

¹³ Polder et al., 2002: *Kosten van ziekten in Nederland*, p. 116.

¹⁴ Van Os, Niessen, Koopmanschap en Van der Lei, 2000: 'Gedetailleerde raming van de maatschappelijke kosten van diabetes mellitus'.

andere studie, gebaseerd op het zorggebruik van type 2 diabetici in het jaar 1998¹⁵, geeft een hogere schatting van de aan diabetes gerelateerde zorguitgaven: € 576,8 miljoen. Zorgverzekeraar Agis tenslotte, verklaarde onlangs dat de 60.000 diabetespatiënten die het ziekenfonds telt, samen voor zo'n € 300 miljoen aan jaarlijkse kosten zorgen.¹⁶ Dat komt neer op zo'n € 5.000 per patiënt. Wanneer we dat bedrag extrapoleren voor de voltallige diabeticipopulatie die volgens het RIVM nu zo'n 474.000 mensen omvat, zouden de uitgaven aan diabeteszorg zelfs op € 2,3 miljard uitkomen.

De maatschappelijke kosten van diabetes omvatten echter meer dan alleen de zorguitgaven. Naarmate de ziekte voortschrijdt en meer complicaties veroorzaakt, wordt een dieticus verder beperkt in zijn functioneren en in zijn welbevinden. Dat veroorzaakt stress en onzekerheid voor de betrokkene en zijn directe omgeving. Dat leidt tot een hoger verzuim. Het verlies van een rijbewijs, slechtziendheid en nierdeficiënties kunnen arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben. Polder berekent in zijn onderzoek dat diabetes verantwoordelijk is voor ruim 9000 arbeidsongeschikten. Van Os berekent de kosten die diabetes in 1994 veroorzaakte door verzuim en arbeidsongeschiktheid op basis van de frictiekostenmethode. Dit houdt in dat het productiviteitsverlies als gevolg van afwezigheid bij betaalde arbeid alleen wordt ingecalculeerd voor de periode die nodig is om vervanging van de arbeidskracht te vinden. In 1994 was dat 3,2 maanden. Volgens deze methode werden de kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid voor 1994 geraamd op € 52,7 miljoen (f 116 miljoen). Dat stond gelijk aan 16% van de zorguitgaven voor diabetes in dat jaar, zoals geraamd in het Kosten van ziekten-onderzoek. Polder schat het aantal arbeidsongeschikten ten gevolge van stofwisselingsziekten in 1999 op ruim 9.000.¹⁷

Tenslotte kunnen er maatschappelijke kosten zijn in de vorm van verkeersongevallen ten gevolge van rijden onder hypoglycemische condities. De Gezondheidsraad voert aan, dat dit in Nederland maar in geringe mate het geval is.¹⁸ Onderzoek uit de Verenigde Staten wijst echter uit, dat hypoglycemie wel degelijk verkeersongevallen veroorzaakt.¹⁹

De hier geschetste ketenontwikkeling treedt niet alleen op bij diabetes. Ook bij andere chronische aandoeningen als hart- en vaatziekten, chronische longziekten en aandoeningen aan het bewegingsstelsel is er vaak sprake van een progressief ziektebeeld, waarbij de complicaties, beperkingen en risico's sluipenderwijs toenemen en de gevolgen niet beperkt blijven tot enig lichamelijk ongemak, maar langzaam het leven en maatschappelijk functioneren van de patiënt en zijn omgeving kunnen gaan domineren.

¹⁵ Redekop, Koopmanschap, Rutten, Wolffenbuttel, Stolk, Niessen, 2002: 'Resource consumption and costs in Dutch patients with type 2 diabetes mellitus'.

¹⁶ Bonus voor betere hulp diabetici, in: *de Volkskrant*, 12 mei 2004.

¹⁷ Polder et al., 2002: *Kosten van ziekten in Nederland*.

¹⁸ Gezondheidsraad, 2002: Rijgeschiktheid van mensen met diabetes mellitus.

¹⁹ Cox, Gonder-Frederick, Julian en Clarke, 1994: 'Long-term follow up evaluation of blood glucose awareness training'.



2.2 Dramatische toename chronische ziekten verwacht

Voor Nederland heeft het RIVM prognoses gemaakt van de verwachte verandering in het aantal chronisch zieken in de periode 2000-2020 op grond van demografische ontwikkelingen.²⁰ Daarnaast is er bij diverse ziekten ook een epidemiologische trend.²¹ Astma en diabetes bijvoorbeeld, komen steeds vaker voor. Bij ziekten van het zenuwstelsel daarentegen is er een neerwaartse trend. Tabel 2.3 geeft voor een aantal belangrijke aandoeningen de trendmatige ontwikkeling van de prevalentie weer.

Tabel 2.3 Verwachte stijging van het aantal ziektegevallen voor enkele chronische ziekten, 2000-2020

ziekte	prevalentie	demografische trend 2000-2020	epidemiologische trend 2000-2020	totale trend 2000-2020
<i>hart- en vaatziekten</i>				
- coronaire hartziekten	28.500	44%	16%	67%
- beroerte	27.100	44%	9%	56%
- hartfalen	163.800	43%	16%	66%
<i>kanker</i>				
- longkanker	18.400	54%	geen	54%
- borstkanker	91.600	31%		31%
- dikkedarm- en endeldarmkanker	61.000	47%		47%
<i>diabetes mellitus</i>	480.000	36%	23%	67%
<i>psychische aandoeningen</i>				
- depressie	407.700	15%	onbekend	15%
- angststoornissen	1.316.000	12%		12%
- afh. van alc. en drugs	350.000			
<i>astma (en COPD)</i>				
- astma	427.000	7%	37%	46%
- COPD	328.000	40%	37%	91%
<i>bewegingsapparaat</i>				
- nek- en rugklachten	3.300.000	14%		
- artrose	692.000	38%	6%	46%
- reumatoïde artritis	141.700	27%	6%	35%

Bronnen: Ministerie van VWS, 2003; Van den Berg Jeths, 2004; bewerking NYFER

²⁰ Van Oers (ed.): Gezondheid op koers?

²¹ Van den Berg Jeths et al., 2004: *Ouderen nu en in de toekomst*, p. 61.

De stijgingspercentages als gevolg van de demografische trend zijn uitsluitend het gevolg van de toenemende bevolkingsomvang en de vergrijzing van de bevolking. De epidemiologische trend beschrijft veranderingen door *andere* factoren dan bevolkingsgroei en vergrijzing. Epidemiologische trends kunnen worden verkregen door trends uit het verleden naar de toekomst door te trekken. In de tabel hierboven is dat gebeurd. Van de meeste ziekten en aandoeningen zijn gegevens beschikbaar over de afgelopen tien jaar. Door deze naar de toekomst te extrapoleren, worden impliciet ook beïnvloedende factoren, zoals veranderingen in leefstijl, ontwikkelingen in de gezondheidszorg e.d. naar de toekomst doorgetrokken.

2.3 Gevolgen voor de zorguitgaven

Omdat (gediagnosticeerde) chronisch zieken meer zorg gebruiken dan een gemiddelde Nederlander²², doet het hoge aantal chronische ziekten een forse aanspraak op het zorgaanbod en daarmee op de beschikbare middelen voor de zorg. In Nederland wordt periodiek onderzoek gedaan naar de besteding van het zorgbudget: het Kosten van ziekten-onderzoek. De laatste versie daarvan heeft betrekking op de uitgaven in 1999. Een overzicht van alle uitgaven, gesystematiseerd naar dezelfde indeling als hierboven, staat in tabel 2.4.

Een belangrijke conclusie van het Kosten van ziekten-onderzoek is dat het grootste deel van het zorgbudget in ons land besteed wordt aan chronische aandoeningen.²³ Infectieziekten, nieuwvormingen (tumoren) en uitwendige oorzaken, samen verantwoordelijk voor 35% van de nieuwe ziektegevallen en voor 33% van alle sterfgevallen in 1999, namen nog geen 10% van het totale budget in beslag. Psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het spijsverteringsstelsel zijn de grootste uitgavenposten en vertegenwoordigen samen bijna 40% van alle zorgconsumptie. Aandoeningen aan het bewegingsstelsel, ademhalingswegen en stofwisselingsziekten nemen samen nog eens 11,7% van de kosten voor hun rekening.

²² Chronisch zieken bezoeken vaker de huisarts, medisch specialist en paramedische zorgverleners. Nivel, *Chronisch zieken: kort en bondig*, www.nivel.nl.

²³ Polder et al., 2002: *Kosten van ziekten in Nederland*, p. 48.



Tabel 2.4 Uitgaven en uitgavengroei naar ziektegroepen in Nederland

ICD hoofdstuk*	uitgaven 1999 (mln. euro)	% totale zorguitgaven	jaarlijkse uitgavengroei (in %, 1994-99)	
			mannen	vrouwen
psychische stoornissen	7.778	21,6	4,6	2,5
hart- en vaatziekten	3.642	10,1	3,3	2,3
spijsverteringsstelsel	2.488	6,9	1,0	0,7
zenuwstelsel en zintuigen	2.234	6,2	0,3	0,6
uitwendige oorzaken	1.972	5,5	4,0	3,3
bewegingsstelsel	1.976	5,5	-1,1	0,4
ademhalingsstelsel	1.486	4,1	1,9	3,4
nieuwvormingen	1.437	4,0	2,7	4,0
nieren en urinewegen	972	2,7	0,9	4,1
zwangerschap	944	2,6	5,2	15,6
endocriene ziekten	743	2,1	10,1	4,9
huidziekten	525	1,5	1,6	-13,2
infectieziekten	496	1,4	6,3	4,3
perinatale aandoeningen	230	0,6	7,8	7,2
aangeboren afwijkingen	177	0,5	-1,7	-0,8
bloedziekten	133	0,4	6,1	5,9
symptomen	2.383	6,6	14,1	10,2
nog niet toegewezen	3.855	10,7	1,5	2,2
niet ziekte-gerelateerd	2.562	7,1	3,0	2,8
totaal	36.033	100	5,0	4,1

Bron: Polder et al., 2002.

* International Classification of Diseases, WHO.

Nu al wordt dus het grootste deel van het zorgbudget aan chronisch zieke patiënten besteed. In de toekomst zullen chronische aandoeningen de zorgvraag nog sterker domineren dan nu al het geval is.

Tabel 2.5 laat voor de eerder genoemde chronische aandoeningen zien, welke stijging in de zorguitgaven te verwachten is bij het ongewijzigd doortrekken van de huidige trends. De tabel is uitsluitend gebaseerd op te verwachten ontwikkelingen in het zorgvolume. De ervaring van de afgelopen decennia leert dat zorguitgaven in werkelijkheid nog sneller stijgen door autonome prijsontwikkelingen. Het arbeidsintensieve karakter van de medische zorg maakt dat prijzen in de zorg sneller stijgen dan het gemiddelde prijspeil in de economie.

Tabel 2.5 Trendmatige uitgavenstijging voor een aantal veelvoorkomende chronische aandoeningen

ziekte	zorguitgaven 1999 (in mln. euro's)	demografische + epidemiologische trend	zorguitgaven 2020 (in mln. euro's van 1999)
kanker ^a	228	+49	342
diabetes	431	+67	721
psychische aandoeningen	962	+13	1101
beroerte	1029	+57	1615
hartziekten	1228	+66	2048
astma/COPD	594	+66	987
ziekten van het bewegingsapparaat	396	+44	569
totaal	4868		7383

^a Kanker wordt in Nederland niet tot de chronische aandoeningen gerekend. De WHO classificeert kanker al wel als chronische aandoening.

Alleen al voor de bovengenoemde aandoeningen stijgen de zorguitgaven (in constante prijzen) met meer dan 50% op grond van demografische en epidemiologische ontwikkelingen.

2.4 Maatschappelijke gevolgen

Chronische ziekten veroorzaken niet alleen hoge zorguitgaven, maar ook andere maatschappelijke kosten: verlies aan (gezonde) levensjaren, derving van arbeidspotentieel, kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid van chronische patiënten zelf, maar ook in hun naaste omgeving.

Ramingen van deze kosten bestaan maar ten dele. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 geeft een schatting van het aantal verloren levensjaren als gevolg van sterfte. Daaruit blijkt dat chronische ziekten als aandoeningen aan het hart- en vaatstelsel en aan de ademhalingswegen een aanzienlijk verlies aan levensjaren met zich meebrengen: samen zijn zij verantwoordelijk voor 42,6% van het totaal. Andere chronische ziekten hebben een relatief laag aandeel in de verloren levensjaren. Dat weerspiegelt de verdienste van de medische wetenschap, die het levensbedreigende karakter van die ziekten grotendeels heeft weggenomen.

Om een volledig beeld te krijgen van het gezondheidsverlies van ziekten, kan echter niet worden volstaan met informatie over vroegtijdige sterfte. Chronische ziekten



kennen vaak een jarenlange progressie, waarin de kwaliteit van leven in meer of mindere mate wordt aangetast. Het verlies aan naar kwaliteit gewogen levensjaren is om die reden een belangrijke aanvullende indicator van het gezondheidsverlies. Ramingen van het verlies aan kwaliteit van leven als gevolg van specifieke chronische ziekten zijn niet voorhanden. Wél is bekend dat de toename in levensverwachting in goed ervaren gezondheid achterblijft bij de verandering in totale levensverwachting. In de periode 1983-2000 is de gemiddelde levensverwachting voor de Nederlandse man met 2,7 jaar gestegen tot 75,5 jaar; de levensverwachting in goed ervaren gezondheid is in diezelfde periode gestegen met 2,4 jaar tot 61,3. De Nederlandse vrouw boekte tussen 1983 en 2000 een winst in totale levensverwachting van 1,1 jaar tot 80,6 jaar, maar het gemiddelde aantal jaren dat in goed ervaren gezondheid wordt doorgebracht nam af, van 62 naar 60,8 jaar.²⁴ De berekeningswijze van de levensverwachting in goede gezondheid telt ongezonde levensjaren maar ten dele mee.²⁵ De werkelijkheid achter bovenstaande cijfers is dan ook, dat Nederlanders gemiddeld al vóór hun zestigste jaar inleveren op kwaliteit van leven door gezondheidsproblemen, en de laatste 20 tot 30 jaar van hun leven in relatieve ongezondheid moeten doorbrengen. Dat gezondheidsverlies is grotendeels het gevolg van chronische ziekten.

Tabel 2.6 Verloren levensjaren als gevolg van ziekten

<i>ICD hoofdstuk*</i>	absoluut	%
	<i>verloren levensjaren</i>	
psychische stoornissen	23.666	2,2
hart- en vaatziekten	345.684	32,1
spijsverteringsstelsel	4.224	0,4
zenuwstelsel en zintuigen	15.631	1,5
uitwendige oorzaken	157.333	14,6
bewegingsstelsel	2.917	0,3
ademhalingsstelsel	112.797	10,5
nieuwvormingen	318.437	29,5
nieren en urinewegen		
zwangerschap/ perinatale aandoeningen	20.663	1,9
endocriene ziekten	34.551	3,2
huidziekten	2.352	0,2
infectieziekten	19.523	1,8
aangeboren afwijkingen	19.969	1,9
totaal	1.077.747	100

Bron: Polder et al., 2002.

* International Classification of Diseases, WHO.

²⁴ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, www.rivm.nl.

²⁵ Een levensjaar waarin sprake is van lichte, matige of ernstige gezondheidsklachten telt voor respectievelijk 70%, 60% en 50% van een gezond levensjaar.

Ook het verlies aan *human capital* ten behoeve van het productieproces door verzuim en definitieve uitval als gevolg van arbeidsongeschiktheid, zijn maatschappelijke kosten die chronische ziekten met zich meebrengen. Hoewel veel mensen met een chronische aandoening gewoon werkzaam zijn en nauwelijks beperkingen op de arbeidsmarkt ervaren, is de arbeidsdeelname onder mensen met chronische ziekten of beperkingen toch minder dan onder hun gezonde leeftijdsgenoten.²⁶ In 1999 had 42% van de mensen met een chronische aandoening een betaalde baan. Dat is ruim een derde minder dan voor de potentiële beroepsbevolking als geheel: daarvan had 66% een betaalde functie.²⁷ De mate waarin betaalde arbeid wordt verricht, hangt samen met de aard van de aandoening. Mensen met cara hebben de hoogste arbeidsdeelname. Ook nierpatiënten werken vaak. Mensen met hart- en vaatziekten en (de gevolgen van) een beroerte hebben een lage arbeidsparticipatie. Diabetespatiënten hebben een gemiddelde arbeidsparticipatie. Tabel 2.7 toont de arbeidsparticipatie van mensen met één, twee of meer chronische ziekten vergeleken met die van mensen zonder chronische ziekte.

Tabel 2.7 Netto arbeidsparticipatie van personen van 16-64 jaar, naar geslacht, opleiding, aantal chronische ziekten en mate van beperkingen als fractie van personen zonder chronische ziekten en/of beperkingen^a

aantal chronische ziekten	mannen	vrouwen	lage opleiding	midden opleiding	hoge opleiding	totaal
geen	1	1	1	1	1	1
1 ziekte	0,60	0,90	0,78	0,76	0,79	0,78
2 ziekten	0,35	0,89	0,76	0,54	0,53	0,61
≥ 3 ziekten	0,35	0,37	0,50	0,35	0,30	0,37
mate van beperking						
geen	1	1	1	1	1	1
licht	0,61	0,76	0,57	0,78	0,77	0,71
matig/ernstig	0,22	0,49	0,23	0,24	0,41	0,30

^a Gecorrigeerd voor leeftijd.

Bron: SCP, 2000, p. 62.

Uit de tabel blijkt dat het hebben van een chronische ziekte een zelfstandige invloed heeft op het al dan niet werken (zie rechterkolom). Ook de ernst van de aandoening is van groot belang voor de kans op deelname aan betaalde arbeid.

²⁶ SCP, 2000: *Rapportage gehandicapten 2000*.

²⁷ Nivel, *Chronisch ziekten: kort en bondig*, www.nivel.nl.



Mensen met een chronische ziekte die op de arbeidsmarkt actief zijn, hebben een hoger ziekteverzuim dan mensen zonder chronische ziekten; ze melden zich niet alleen vaker maar ook langduriger ziek.²⁸ Uiteraard hangt ook het ziekteverzuim samen met de aard van de aandoening (tabel 2.8).

Tabel 2.8 Ziekteverzuim, naar chronische ziekte, 1995, in %

	tenminste 1 keer ziek	tenminste 3 keer ziek
geen chronische ziekte	40	6
een of meer chronische ziekten	56	13
astma	53	11
hartkwaal of -infarct	68	20
maag- of darmstoornissen	64	19
nieraandoeningen	47	14
suikerziekte	54	12
rugaandoening, hernia	61	13
gewrichtsslijtage	59	15
gewrichtsontsteking	63	12
overige chronische ziekten	58	16

SCP, 2000, p. 79

De cijfers in tabel 2.8 hebben betrekking op het jaar 1995. Sinds de privatisering van de Ziektewet in 1995 worden geen oorzaken van ziekteverzuim naar diagnose meer bijgehouden. Daarom is niet precies te zeggen in welke mate chronische aandoeningen op dit moment verantwoordelijk zijn voor het totale ziekteverzuim.

Chronische ziekten kunnen ook arbeidsongeschiktheid veroorzaken. Polder geeft in het *Kosten van ziekten-onderzoek* een overzicht van de mate waarin verschillende ziekten en aandoeningen bijdragen aan arbeidsongeschiktheid in Nederland (zie tabel 2.9). Psychische stoornissen blijken de grootste oorzaak van arbeidsongeschiktheid, en zijn verantwoordelijk voor bijna een derde van alle arbeidsongeschikten. Aandoeningen aan het bewegingsstelsel nemen ruim een kwart voor hun rekening. Hart- en vaatziekten en ziekten van zenuwstelsel en zintuigen dragen elk vijf procent bij aan de arbeidsongeschiktheid in Nederland.

²⁸ SCP, 2000: *Rapportage gehandicapten 2000*, p. 77.

Tabel 2.9 Arbeidsongeschiktheid als gevolg van ziekten

ICD hoofdstuk*	abs	%
psychische stoornissen	291.366	31,9
hart- en vaatziekten	46.648	5,1
spijsverteringsstelsel	15.603	1,7
zenuwstelsel en zintuigen	45.653	5,0
uitwendige oorzaken	47.971	5,3
bewegingstelsel	233.558	25,6
ademhalingsstelsel	15.527	1,7
nieuwvormingen	16.238	1,8
nieren en urinewegen	7.970	0,9
zwangerschap/perinatale aandoeningen	5.480	0,6
endocriene ziekten	9.186	1,0
huidziekten	5.068	0,6
infectieziekten	14.963	1,6
aangeboren afwijkingen	10.961	1,2
bloedziekten	1.433	0,2
symptomen	138.164	15,1
nog niet toegewezen	6.536	0,7
totaal	912.325	100

Bron: Polder et al., 2002

* International Classification of Diseases, WHO.

Voor de chronisch zieken als bevolkingsgroep heeft de verminderde arbeidscapaciteit een zwakkere financiële positie tot gevolg: het gemiddelde netto inkomen lag in 1999 zo'n 600 gulden per maand lager dan voor de Nederlandse beroepsbevolking in haar geheel.

2.5 Het zorgstelsel: onvoldoende aangepast aan chronisch zieken

Traditioneel was de bestrijding van besmettelijke ziekten, zoals tuberculose en polio, het belangrijkste werkterrein van de gezondheidszorg. Door de ontwikkeling van antibiotica en landelijke vaccinatiesystemen is de dreiging van deze ziekten afgenomen. Daarentegen zijn chronische ziekten veel belangrijker geworden. De organisatie van de gezondheidszorg heeft hiermee geen gelijke pas gehouden. Die is nog sterk op behandeling en genezing van acute gezondheidsproblemen geënt. Ook het denken van politici, zorgverleners, bestuurders en patiënten wordt nog sterk door het acute-zorgmodel beheerst. Voor patiënten met chronische aandoeningen is deze aanpak ongeschikt. Zorgstelsels zullen zich veel meer op de



behandeling van chronische gezondheidsproblemen moeten gaan instellen. Dit vergt een grote omslag in organisatie.

De gebrekkige afstemming van het zorgstelsel op chronisch zieken leidt tot suboptimale zorgverlening en gezondheidsresultaten. Dat brengt hoge kosten met zich mee, in termen van zorguitgaven, verlies aan arbeidsproductiviteit, levensjaren en kwaliteit van leven. De Wereld Gezondheidsorganisatie waarschuwt dat, wanneer de gezondheidszorgstelsels er niet in slagen succesvol in te spelen op deze nieuwe situatie, chronische ziekten zich zullen ontwikkelen tot het meest kostenverslindende probleem van de gezondheidszorg en om die reden ook een bedreiging voor nationale economieën vormen. Een fundamentele wijziging in zorgstelsel is nodig: *“as long as the acute care model dominates health care systems, health care expenditures will continue to escalate, but improvements in populations’ health status will not.”*²⁹

2.6 Conclusie

De zorgverlening in Nederland vloeit voor het merendeel voort uit chronische aandoeningen. Nu al wordt het grootste deel van het zorgbudget besteed aan chronisch zieke patiënten. In de toekomst zal dat nog veel sterker het geval zijn.

De sterke toename van het aantal chronische patiënten heeft belangrijke consequenties voor de zorgvraag. Het zorgstelsel heeft zich daar nog onvoldoende aan aangepast. Zo blijft de gezondheidszorg in Nederland georganiseerd naar de tweedeling tussen curatieve, op genezing gerichte zorg (*cure*) en langdurige, dagelijkse zorg voor mensen wier vermogen om zichzelf te redden in belangrijke mate beperkt is (*care*). Veel van de mensen met een chronische aandoening passen in geen van beide categorieën. Zij behouden ondanks hun aandoening een hoge mate van zelfstandigheid en zijn mede verantwoordelijk voor het bewaken van hun eigen gezondheid.

De te verwachten verdere toename van het aantal chronisch zieken zal consequenties moeten hebben voor de inrichting van het zorgstelsel. In de komende hoofdstukken worden deze verder uitgewerkt. Echter, niet alleen de zorgvraag is

²⁹ WHO, 2002: *Innovative care for chronic conditions*, p. 29.

in de afgelopen jaren sterk veranderd, ook de zorgvrager, de patiënt, is de oude niet meer. Het volgende hoofdstuk beschrijft de hedendaagse cliënt van de zorg en analyseert wat hij of zij vraagt én te bieden heeft.



3

De zorgvrager: van patiënt tot partner

Chronische patiënten kampen jarenlang met hun aandoening. Daarmee verschillen zij van klassieke patiënten, die met een kwaal bij de dokter komen, daarvoor een medicijn of behandeling krijgen en dan na genezing het gewone leven weer hervatten. Vanwege het langdurige en vaak zelfs permanente karakter van chronische aandoeningen ontwikkelen patiënten veel kennis over en ervaring met hun aandoening. Bovendien geldt voor de meeste chronische aandoeningen, dat het resultaat van de behandeling in hoge mate afhangt van de bijdrage die de patiënt daar zelf aan levert. De chronisch zieke wordt daarmee mede-producent van zijn eigen gezondheid. Dit heeft ook gevolgen voor de relatie tussen patiënt en behandelaar.

3.1 Chronische patiënten: meer kennis, minder afhankelijkheid

Er gaapt een kloof tussen wat cliënten in de zorg willen en wat professionals en instellingen in de zorg bieden.³⁰ Pogingen om de positie van de zorgvrager door wet- en regelgeving te versterken, hebben er nog niet toe geleid dat de cliënt een gelijkwaardige positie heeft aan die van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Natuurlijk is het niet in alle gevallen mogelijk om de patiënt als gelijkwaardige partner te behandelen. In acute situaties bijvoorbeeld, zoals een hartstilstand, moeten er snel maatregelen worden genomen, waar de cliënt niet in kan worden gekend. Ook kunnen cliënten niet altijd alle relevante aspecten van de zorg, zoals de medisch-technische kwaliteit, beoordelen. Maar zeker bij chronische patiënten is het in de meeste gevallen heel goed mogelijk – en ook wenselijk – om niet over, maar met hen te beslissen wat er moet gebeuren. Niet alleen is de hedendaagse patiënt door betere informatie beter toegerust om eigen verantwoordelijkheid te dragen, hij is ook steeds minder bereid te accepteren dat beslissingen over zijn gezondheid min of meer over zijn hoofd heen worden genomen.

³⁰ RVZ, 2003: *Van patiënt tot klant*, p. 5.

3.1.1 Internet: informatie in overvloed

In 2000 zochten bijna vijf miljoen Nederlanders via het internet naar informatie over hun gezondheid.³¹ Daarmee is het internet een belangrijkere bron van informatie dan de huisarts. Het verzamelen van informatie via internet is vaak de basis voor beslissingen over de gezondheid: de beslissing om bij de huisarts langs te gaan, met een bepaalde behandeling te beginnen of een arts een bepaalde vraag voor te leggen. Dank zij internet kunnen mensen meer te weten komen over hun ziekte, de mogelijke gevolgen daarvan en eventuele behandelingsmogelijkheden, en zij maken grif van die mogelijkheid gebruik. Daardoor neemt de informatieachterstand ten opzichte van artsen en andere medische behandelaars af.

Naast een eindeloze hoeveelheid informatie over alles wat met de gezondheid te maken heeft, biedt internet patiënten ook mogelijkheden om in contact te komen met lotgenoten. Voor vrijwel elke ziekte of aandoening bestaan er on-line discussiegroepen, waar ervaringen worden uitgewisseld en allerlei aspecten van de ziekte worden besproken. Zo zijn er *sites* waar diabetespatiënten die van diepzeeduiken houden, van elkaar kunnen leren hoe je vijftien meter onder de waterspiegel met diabetes om moet gaan. Andere sites richten zich vooral op de sociale en emotionele aspecten van de ziekte – iets waar de huisarts vaak geen tijd of aandacht voor heeft. Voor iedereen die een luisterend oor zoekt, zijn er discussiegroepen en platforms waar mensen – vaak anoniem – met elkaar discussiëren en elkaar troosten en bemoedigen. Zeker bij chronische ziekten zijn de sociale aspecten van de ziekte vaak net zo belangrijk als de medische, en het internet biedt volop mogelijkheden om ook op dat terrein waardevolle informatie op te doen.

Natuurlijk zijn er ook risico's verbonden aan de overvloed van informatie. Kwakzalverij is van alle tijden en het is niet altijd eenvoudig betrouwbare van onbetrouwbare informatie te onderscheiden. Patiënten kunnen schade aan hun gezondheid oplopen als zij op de verkeerde informatie afgaan. In Engeland heeft de overheid veel geïnvesteerd in het opzetten van een voor iedereen toegankelijk gezondheidsportaal, dat waardevolle informatie biedt en verwijst naar andere *sites* met goede informatie. Ook patiëntenverenigingen kunnen een belangrijke rol vervullen bij het bewaken van de kwaliteit van de aangeboden informatie.

³¹ Van Rijen, 2001: 'Patient empowerment door internet'.



Een ander probleem is dat niet iedereen in gelijke mate beschikt over de toegang tot internet of de vaardigheden om daar wegwijs te worden. Ondanks deze bezwaren betekent de beschikbaarheid van meer en beter toegankelijke informatie een wezenlijke versterking van de positie van de patiënt en stelt het hem beter in staat tot een eigen, afgewogen oordeelsvorming te komen.

3.1.2 Ervaringsdeskundig

Behalve dat patiënten veel informatie van internet kunnen halen en ervaringen met anderen kunnen uitwisselen, zijn zij natuurlijk bij uitstek ook deskundig over hun eigen situatie. Door hun specifieke deskundigheid worden chronische patiënten door professionele zorgverleners nogal eens als lastige klanten gezien. Omgekeerd vinden mensen met een chronische aandoening dat zij vaak onvoldoende serieus worden genomen, niet genoeg betrokken worden bij de keuze van behandelwijzen en soms aangewezen zijn op zorgverleners met te weinig gespecialiseerde kennis over hun ziekte.³²

Met name voor chronische patiënten geldt dat manieren moeten worden gevonden om de ziekte in het dagelijkse leven in te passen. Een gezondheidszorg die de sociale aspecten van chronische ziekten voor de patiënt en zijn omgeving verwaarloost, gaat niet alleen voorbij aan een essentiële behoefte, maar verkleint ook de kans dat de patiënt zelf op een goede manier met zijn beperkingen leert omgaan. Uit onderzoek blijkt dat bij chronische patiënten die hun eigen gezondheid beter kunnen managen, niet alleen het welbevinden, maar ook de gezondheidsresultaten verbeteren.³³

3.1.3 Van patiënt tot klant

Wie een vakantie wil boeken, is niet tevreden als het reisbureau laat weten, dat er alleen maar kampeervakanties in Drenthe zijn in de derde week van maart. Wie een auto wil kopen, neemt geen genoegen met een keus uit één merk, één type en één kleur. In de gezondheidszorg kan iemand die iets mankeert, naar de huisarts

³² Nivel, *Chronisch zieken: kort en bondig*, www.nivel.nl.

³³ Segal, 1998: 'The importance of patient empowerment in health reform systems'.

gaan, maar daar houdt zijn keuzevrijheid ongeveer op. De patiënt komt in het systeem en vervolgens bepalen de eisen van het systeem, niet de behoeften van de cliënt, hoe, waar en wanneer de zorg wordt geleverd.

Dit gebrek aan keuzevrijheid roept steeds meer wreveld op. Consumenten die op vrijwel alle markten vrij kunnen kiezen, willen ook in de gezondheidszorg invloed op de keuzen hebben. De klant wil dat de zorg zich aanpast aan zijn wensen, omstandigheden en levenswijze in plaats van dat hij zich moet aanpassen aan wat er beschikbaar is en wanneer dat wordt geleverd. In de VS wordt al gesproken van de *'impatient patient'*, de zorgvrager die de juiste zorg, op het juiste moment en op de juiste plaats wenst.

Bij een onderzoek in 2000 gaf 80% van de internetgebruikers aan, dat zij via e-mail met hun dokter zouden willen kunnen communiceren. Drie op de vier internetgebruikers zouden ook elektronisch afspraken willen kunnen maken en uitslagen van medische onderzoeken willen kunnen opvragen. Op dit moment zijn dergelijke faciliteiten nog nauwelijks aanwezig. Artsen zijn bang dat zij overspoeld worden met e-mails van patiënten, die hun drukke agenda in de war gooien.³⁴ Dat e-mail contact ook kan helpen om zorgen van patiënten weg te nemen, eenvoudige vragen af te handelen en onnodige bezoeken aan het spreekuur te voorkomen, wordt minder onderkend.

Wanneer patiënten keuzemogelijkheid hebben, kunnen artsen deze weerstand echter niet volhouden. Uit angst patiënten te verliezen, gaan artsen in de Verenigde Staten geleidelijk aan overstap en bieden patiënten langs elektronische weg de informatie en adviezen waar zij om vragen. In 2000 bleek eenderde van de artsen *online* bereikbaar voor hun klanten.³⁵ En hun ervaring is dat elektronische communicatie niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de arts voordelen biedt. Zo blijkt de tijd die de arts nodig heeft om vragen te beantwoorden, mee te vallen. Veel vragen herhalen zich bijvoorbeeld. Eenmaal in detail uitgewerkt, kan het antwoord met kleine aanpassingen voor andere patiënten met dezelfde vraag gebruikt worden. Niet alle e-mail correspondentie hoeft door de arts zelf te gebeuren, maar kan ook door anderen, bijvoorbeeld praktijkassistenten, worden afgehandeld. Het beantwoorden van elektronische berichten hoeft niet op vaste uren te gebeuren, en geeft de arts meer vrijheid bij zijn dagindeling.

³⁴ Shachtman, 2000: 'Why doctors hate the Internet', www.wired.com/news/culture.

³⁵ Ferguson, 2000: 'Online patient-helpers and physicians working together'.



De meeste artsen ontdekken dat *on-line* communicatie tijdbesparend werkt omdat de persoonlijke consulten korter kunnen duren. Door patiënten te vragen vooraf een e-mail te sturen met hun vragen, is de arts voorbereid. Ook worden patiënten bij wie net een diagnose is gesteld, of die een nieuwe behandeling moeten ondergaan, soms vooraf gewezen op *websites* met goede en uitgebreide informatie om zich alvast op de hoogte te stellen. Tijdens het consult blijken patiënten de informatie van de arts beter en sneller te kunnen verwerken en is er tijd om in te gaan op specifieke aspecten en vragen, gerelateerd aan de persoonlijke situatie.³⁶

De verruiming van de mogelijkheden heeft patiënten kritischer en veeleisender gemaakt. Als er ergens betere of snellere mogelijkheden van behandeling zijn, zullen die mogelijkheden worden gevraagd of desnoods worden opgeëist. De eerste patiënten die via de rechter operaties in buitenlandse ziekenhuizen hebben afgedwongen, omdat zij in Nederland niet snel genoeg of niet volgens de nieuwste methodes geholpen konden worden, zijn al gesignaleerd. Die trend zal alleen maar sterker worden.

Het zou een grote vergissing zijn de kritische, veeleisende klant vooral als een lastpost te zien. In de innovatieliteratuur gelden kritische, veeleisende klanten juist als een van de belangrijkste bronnen van vernieuwing.³⁷ In de gezondheidszorg lijkt dit potentieel nog onvoldoende te worden benut.

3.1.4 E-health: een revolutie in de zorg?

Wie wat mankeert, gaat naar de dokter. Als hij niet meer de deur uit kan, komt de arts of verpleegkundige langs om de situatie te bekijken of een medische handeling te verrichten. In veel situaties zou dat helemaal niet nodig zijn. Er zijn tal van elektronische mogelijkheden om patiënten op afstand te helpen bij het bewaken van hun gezondheidssituatie. Zo zijn er apparaatjes waarmee diabetespatiënten hun bloedsuikergehalte eenvoudig zelf kunnen meten en het resultaat met een muisklik naar een arts of andere behandelaar kunnen doorsturen. Voor hartpatiënten zijn er shirts met elektronica, die informatie over hartritme en transpiratie kunnen registreren en doorsturen. Ook bestaan er camera's ter grootte van een pil, die kunnen

³⁶ Ferguson, 2000: 'Online patient-helpers and physicians working together'.

³⁷ Porter, 1985: *Competitive advantage*; Nelson, 1993: *National innovation systems*.

worden ingeslikt en informatie over de spijsvertering kunnen doorsturen aan een medisch specialist. Juist voor chronische patiënten kunnen deze elektronische hulpmiddelen een uitkomst zijn, omdat zij het mogelijk maken zeer intensieve zorg te bieden zonder dat daar altijd fysieke aanwezigheid voor nodig is.

In de niet zo verre toekomst kan vrijwel elke medische behandeling via de computer worden uitgevoerd, gevolgd, gemeten en bewaakt. Dit maakt het mogelijk de patiënt werkelijk tot het middelpunt te maken van een meer geavanceerde zorg. Tal van behandelingen en operaties, die nu nog in klinieken en ziekenhuizen plaatsvinden, zouden naar de thuisomgeving kunnen worden verplaatst, waarbij specialisten de behandeling op afstand uitvoeren of monitoren. De toepassing hiervan stuit niet op beperkingen van de techniek, maar op organisatorische knelpunten. Het vereist dat de behoefte van de cliënt werkelijk centraal wordt gesteld en dat de zorg daaromheen wordt georganiseerd.

3.2 De patiënt zelf speelt een grote rol in de behandeling

De meeste chronische aandoeningen zijn niet te genezen. De behandeling ervan is dan ook niet gericht op het wegnemen van de kwaal en de terugkeer naar het leven van vóór de ziekte, maar op het zo goed mogelijk onder controle houden van de fysieke gevolgen van de aandoening en het vertragen of voorkómen dat die verergert. Het doel daarbij is de patiënt in staat te stellen om, ondanks zijn aandoening, een zo prettig en onafhankelijk mogelijk leven te leiden.

Hoe verschillend de aard, en daarmee de specifieke behandeling van chronische aandoeningen ook is, één ding hebben zij gemeen. Of het nu gaat om hart- en vaatziekten, epilepsie, longaandoeningen of diabetes, medische deskundigen zijn het erover eens dat twee zaken van doorslaggevend belang zijn bij de behandeling: therapietrouw en een gezonde leefstijl. Voor beide zaken is de patiënt zelf in hoge mate verantwoordelijk. De mate waarin nieuwe behandelvormen en therapieën voor chronische ziekten effect sorteren, staat of valt vaak met de mate waarin de patiënt deze begrijpt, onderschrijft en kan toepassen.

Deze zogenaamde zelfzorg omvat niet alleen de dagelijkse medicatie, maar vergt ook aanpassingen in het dagelijkse leefpatroon. Een gezonde levensstijl is één van de belangrijkste beïnvloedbare factoren in de preventie van veel chronische ziek-



ten. Ernstig overgewicht is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor 60 tot 70% van de nieuwe gevallen van type 2 diabetes³⁸, roken veroorzaakt 87% van de sterfte aan longkanker bij mannen³⁸ en is eveneens een belangrijke risicofactor voor andere chronische longaandoeningen zoals bij voorbeeld longemfyseem. Wanneer een chronische aandoening eenmaal is opgetreden, spelen dezelfde risicofactoren een grote rol bij de verdere ontwikkeling van de kwaal. Voor vrijwel alle chronische ziekten is een gezond leefpatroon dan ook onderdeel van de therapie: een verantwoord dieet, voldoende beweging, niet roken en een regelmatige levensstijl zijn belangrijke voorwaarden om een verergering van hun conditie te voorkómen of vertragen.

De verantwoordelijkheid van zelfzorg drukt zwaar op de schouders van veel chronische patiënten. Zij voelen zich vaak niet deskundig genoeg, hebben onvoldoende vertrouwen in eigen kunnen en maken zich bezorgd dat noodsituaties zullen optreden. Hoe intensiever en veeleisender de zelfzorg, hoe groter de stress die deze met zich meebrengt en hoe meer moeite het de patiënt en zijn omgeving kost zich aan te passen aan en om te gaan met deze dagelijkse taken (*coping*). Uit vrijwel elk onderzoek naar de behoeften van chronische patiënten, of zij nu reuma, epilepsie, astma of diabetes hebben, komt dan ook naar voren dat zij meer informatie, ondersteuning en begeleiding willen.⁴⁰

Gedragsveranderingen zijn al geen sinecure voor mensen die een goede gezondheid genieten. Angst en onzekerheid omdat je eigen lichaam je in de steek laat, maken het nog moeilijker om nieuwe leefgewoonten aan te leren. Wanneer dat niet (altijd) lukt, kan dat aanleiding geven tot negatieve gevoelens die een goede zelfzorg verder bemoeilijken. Patiënten belanden dan in een negatieve spiraal. Een recente studie toont aan dat één op de drie chronisch zieken psychosociale problemen heeft.⁴¹ In het geval van diabetici wordt zelfs gesproken over 'diabetes burn out'.⁴²

Zelfzorg is een essentieel onderdeel van de zorg bij chronische ziekten. De effectiviteit van het professionele zorgaanbod staat of valt met verantwoord gedrag van de patiënt. Wanneer mensen met een chronische aandoening de vereiste dagelijkse zelfzorg niet goed vervullen, kunnen professionele zorgverleners weinig meer dan dwelen met de kraan open, en ingrijpen wanneer het misloopt en complicaties

³⁸ Seidell, 2001: 'Met welke ziekten en aandoeningen hangt overgewicht samen?', p. 103.

³⁹ Smit, 2002: 'Met welke ziekten en aandoeningen hangt roken samen?', p. 103.

⁴⁰ Nivel, *Chronisch ziekten: kort en bondig*, www.nivel.nl.

⁴¹ Heijmans, Peters, Rijken en Verhaak, 2003: 'Ziek zijn eist zijn tol'.

⁴² Van der Ven en Snoek, 2001, 'Diabetes de baas'.

optreden. Een goede zelfzorg daarentegen draagt in veel gevallen aantoonbaar bij aan het controleren en vertragen van de ontwikkeling van de ziekte:⁴³

- Dagelijkse medicatie als bètablokkers en aspirine, dagelijkse gecontroleerde lichaamsbeweging, aanpassingen in het voedingspatroon om overgewicht, hoge bloeddruk en hoge cholesterolgehalten te bestrijden of voorkomen, en niet roken dragen bij aan het tegengaan van verdere vernauwing van bloedvaten bij mensen met hart- en vaatziekten. Het risico op (hernieuwde) hartaanvallen neemt daarmee af;
- stabiliteit in de bloedsuikerspiegel door een goede afstemming van energie-inname, -verbruik en insuline, leidt tot een langere complicatievrije fase bij diabetespatiënten. Bestrijding van overgewicht, voldoende lichaamsbeweging en gezonde voeding vergroten de kans op succesvolle behandeling bij diabetes type 2. Regelmatige controle van ogen, voeten en urine kunnen blindheid, amputaties en nierfalen helpen voorkomen;
- goed en tijdig gebruik van medicatie op basis van permanente monitoring van astma, snelle herkenning van de eerste symptomen van een aanval, en het vermijden van omgevingsfactoren die astma verergeren, kunnen astmatische aanvallen verlichten of voorkomen.

Goede zelfzorg levert een grote mate van secundaire en tertiaire preventie op: door risico's vroegtijdig te signaleren en behandelen en door de leefwijze beter aan de gezondheidstoestand aan te passen, wordt erger voorkómen. Tijdige en goede zelfzorg is om die reden een kosteneffectieve vorm van zorg: veel duurdere vormen van zorg, zoals ziekenhuisopnames en specialistische ingrepen, zijn immers minder snel of helemaal niet meer nodig.

3.3 De patiënt als co-producent

Bij veel chronische ziekten staat of valt de behandeling dus met het verantwoorde gedrag van de patiënt. Deze interactie tussen zelfzorg en professionele zorg betekent dat patiënten en aanbieders *partners* zijn in de zorgverlening: ieder levert zijn eigen specifieke bijdrage in de zorg, en een goede samenwerking en afstemming zijn vereist om een effectieve en efficiënte gezondheidszorg te garanderen.

⁴³ Milbank Memorial Fund, 1999: *Patients as effective collaborators in managing chronic conditions*.



Voor de Amerikaanse professoren Holman en Lorig is dit aanleiding geweest om de positie van chronische patiënten in het gezondheidszorgstelsel te herdefiniëren. Zij stellen dat chronische patiënten weliswaar klant zijn in de zorg, maar dat die rol vooral hun relatie tot de verzekeraar en zorgaanbieders betreft. Vanuit het bredere perspectief van het stelsel, dat gezondheidsbevordering als doelstelling heeft, vervullen chronische patiënten gezien hun eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg nog een andere rol: zij zijn *co-producenten* van het gewenste product, gezondheid.⁴⁴

Dat heeft belangrijke implicaties voor het zorgstelsel. Wijzigingen die alléén de klantpositie van patiënten recht doen, zoals het vergroten van inzicht in de kwaliteit en efficiëntie van het zorgaanbod en het vergroten van de keuzevrijheid tussen aanbieders, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de afstemming van vraag en aanbod in de zorg, maar garanderen nog geen inhoudelijke verbetering. Ook de zorginhoudelijke rol van de patiënt als co-producent behoeft versterking, om betere prestaties in zorgresultaten en gezondheidswinst te bewerkstelligen.

3.4 Conclusie: van patiënt tot partner

De hedendaagse patiënt, zeker als het een chronische patiënt betreft, heeft veel meer kennis van zijn eigen ziekte dan de traditionele patiënt die min of meer onwetend bij de dokter aanklopte om genezing voor zijn kwalen te vinden. Bovendien is de patiënt van vandaag beter opgeleid en mondiger en wil hij zelf verantwoordelijkheid dragen voor zijn gezondheid. Die grotere eigen verantwoordelijkheid is ook noodzakelijk, omdat steeds meer ziekten chronische aandoeningen betreffen, waarbij het gedrag van de patiënt bepalend is voor het verloop van de ziekte en de kans deze op een zo goed mogelijke manier in het leven in te passen. In plaats van uitsluitend zorgvrager is de patiënt daarmee mede-producent van gezondheid geworden, die samen met de professionele zorgverlener bepaalt hoe de ziekte optimaal kan worden behandeld. Het gaat daarbij ook niet alleen om de medisch-technische behandeling van de ziekte, maar ook om aanpassingen in het leefpatroon en het zoeken naar manieren om de nadelige gevolgen van de ziekte voor het sociale leven van de patiënt en diens omgeving te minimaliseren.

⁴⁴ Holman en Lorig, 2000: 'Patients as partners in managing chronic disease', p. 327.



4

Bouwstenen voor een eigentijds en duurzaam zorgstelsel

De uitdaging aan gezondheidszorgsystemen om op een doelmatige wijze het hoofd te bieden aan de toename van chronische aandoeningen is enorm. De omvorming van een versnipperde, op acute problemen en genezing gerichte zorg naar een geïntegreerde benadering om chronische ziekten het hoofd te bieden, zal veel voeten in de aarde hebben. Onder de naam *Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)* heeft de WHO hiervoor ideeën uitgewerkt.⁴⁵ De WHO spreekt van ‘bouwstenen’ (*building blocks*) om de gezondheidszorg om te vormen tot een systeem dat lange termijn gezondheidsproblemen op een doelmatiger wijze aanpakt.

Cruciale onderdelen in het ICCC-model zijn:

1. het centraal stellen van de patiënt (en zijn familie) als volwaardige partner in de zorg;
2. veranderingen in de organisatie van zorg, gericht op samenhang en continuïteit enerzijds en op een effectievere inzet en betere taakverdeling tussen verschillende medische en zorgprofessionals anderzijds;
3. meer nadruk op preventie.

4.1 De patiënt centraal

Een goede behandeling van chronische aandoeningen vergt aanpassingen in de leefstijl en dagelijkse gewoonten van patiënten. Voor effectieve zorgverlening is het belangrijk dat die centrale positie wordt erkend: de chronisch zieke zelf en zijn directe omgeving moeten uitgangspunt en actief medespeler worden in het zorgproces. Dat vereist een versterking van de patiënt in zijn rol als zelfzorger, en een verandering in de relatie tussen medische professionals en patiënten.

⁴⁵ WHO, 2002: *Innovative care for chronic conditions*.

4.1.1 Empowerment: sterkere patiënten, betere zorg

Niet elke chronische patiënt, die verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid wil dragen, beschikt over de kennis en informatie, maar vooral ook het zelfvertrouwen, om de ontwikkeling van zijn gezondheid op een goede manier te ‘managen’. *Empowerment* programma's, ook wel eens aangeduid als zelfmanagement-programma's, richten zich op het versterken van de competentie van patiënten om zodanig met hun ziekte om te gaan, dat de invloed ervan op hun leven, nu en in de toekomst, zo klein mogelijk is. Het verwerven van kennis, vaardigheden, zelfvertrouwen en emotionele weerbaarheid staat centraal in de programma's. *Empowerment* gaat dan ook veel verder dan alleen informatieoverdracht. Drie essentiële elementen zijn:⁴⁶

- training van patiënten om hun aandoening zo goed mogelijk te managen;
- uitwerking van 'maatwerk'-programma's voor patiënten, waarbij continue professionele ondersteuning wordt geboden;
- een volgsysteem van patiënten, waarin periodiek contact is tussen de patiënt en professionals. Beide partijen kunnen het initiatief tot contact nemen. Telecommunicatie biedt vele mogelijkheden om snel en zonder afspraak vooraf contact te leggen.

In landen als Australië en de Verenigde Staten is veel onderzoek gedaan naar de resultaten van *empowerment* programma's. De resultaten zijn over het algemeen positief: *empowerment* programma's leiden tot betere objectieve en subjectieve gezondheidsindicatoren, én lagere zorgkosten (zie box 3.1). Groot-Brittannië heeft inmiddels *Expert Patient Programmes* ingevoerd als centraal element van het zorgstelsel. Mensen met een chronische aandoening kunnen deelnemen aan *empowerment* programma's, gebaseerd op de aanpak zoals ontwikkeld door professor Kate Lorig in de Verenigde Staten. Hiermee wil het *National Health System* de centrale rol die de patiënt zelf speelt in de zorg, erkennen en ondersteunen. De verwachting is dat deze aanpak zal leiden tot een langere levensduur en hogere kwaliteit van leven.⁴⁷

Leonie Segal, die zich al jarenlang bezighoudt met onderzoek op het gebied van economische aspecten van gezondheidszorg, wijst daarnaast op het belang van

⁴⁶ Milbank Memorial Fund, 1999: *Patients as effective collaborators in managing chronic conditions*, p. 5/6.

⁴⁷ Donaldson, 2003. 'Expert patients usher a new era of opportunity for the NHS'.



meer kennis en zelfvertrouwen van patiënten om hun rol als kritische klant in de zorg te kunnen vervullen: angst en afhankelijkheid staan haaks op de vereisten voor een kritische en mondige cliënt.⁴⁸

Enkele kanttekeningen bij de resultaten van deze programma's zijn ook op hun plaats. Zo hebben de meeste evaluaties in de periode onmiddellijk na de trainingen plaatsgevonden, en is weinig bekend over de langetermijneffecten van *patient empowerment*. Deelname aan de programma's vond plaats op vrijwillige basis, waardoor de deelnemersgroep gebaseerd kan zijn op een positieve zelfselectie: alleen de meest gemotiveerde patiënten nemen deel. Over achtergrondkenmerken van de deelnemers is weinig bekend: mogelijk waren het opleidingsniveau en de sociaal-economische status van de deelnemers bovengemiddeld. Zo'n zelfselectie kan tot geflatteerde resultaten hebben geleid. Daarnaast worden ook minder succesvolle programma's vermeld in de literatuur; de noodzaak voor het volgen, evalueren en bekend maken van praktijkresultaten, *evidence-based practices*, geldt ook hier.

Maar er zijn goede redenen die het succes van *empowerment* programma's ondersteunen en onderbouwen. Zo is de relatie tussen educatie en gezondheid al veel langer bekend. De levensverwachting voor mensen met een hogere opleiding is drie (vrouwen) tot vijf jaar (mannen) hoger dan voor mensen met een lagere opleiding; de verschillen in levensverwachting, gemeten in jaren als goed ervaren gezondheid, lopen zelfs op tot 14 (vrouwen) en 15 jaar (mannen).⁴⁹ Deze verschillen zijn deels te verklaren door de verschillen in sociaal-economische status, en daaraan gerelateerde woon- en werkomstandigheden. Maar educatieniveau is ook een zelfstandige factor van invloed. Uit recent onderzoek onder diabetespatiënten blijkt dat opleidingsniveau wél, maar inkomen geen voorspellende waarde heeft voor het zorggebruik van diabetespatiënten.⁵⁰

Daarbij komt dat *empowerment* programma's een relatief goedkope vorm van zorg zijn: de trainingen zijn relatief kort (meestal zes tot acht sessies, soms oplopend tot twintig), vinden groepsgewijs plaats en maken gebruik van een efficiënte inzet van professionals. Dure specialisten worden uitsluitend ingezet waar en wanneer

⁴⁸ Segal, 1998: 'The importance of patient empowerment in health system reform'.

⁴⁹ RIVM, 2000: *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, www.rivm.nl.

⁵⁰ El Fakiri, Foets, Rijken, 2003: 'Health care use by diabetic patients in the Netherlands: patterns and predicting factors'.

dat noodzakelijk is; de hoofdmoot aan taken wordt uitgevoerd door trainers die deskundig zijn op een chronische aandoening én communicatie. Gezien de relatief lage kosten per deelnemer is *patient empowerment* een investering die al snel kosteneffectief is. Zo berekenden Amerikaanse onderzoekers dat een revalidatieprogramma voor hartpatiënten na een hartaanval of *bypass*-operatie de kans op heropname zodanig terugbracht, dat binnen twee jaar een netto besparing van \$ 739 per deelnemer werd gerealiseerd.⁵¹

Box 4.1 Resultaten van *empowerment* programma's voor chronisch zieken

In de Verenigde Staten zijn de resultaten van *Blood glucose awareness training* onder type 1 diabetici onderzocht. De training leert volwassen diabetici de symptomen voor extreme glucoseniveaus te onderkennen, en hoe zij daarop kunnen anticiperen met behulp van insuline, voeding en lichaamsbeweging. Getrainde diabetici bleken hun bloedglucosewaarden significant beter te kunnen inschatten dan ongetrainde diabetici, en wisten beter wanneer en hoe zij kunnen ingrijpen bij dreigende verstoringen in hun bloedglucose. Dankzij die vaardigheid konden zij het optreden van ernstige hypoglycemie met een derde beperken. In psychologische zin leidde de training tot verbeteringen bij deelnemers met (milde) depressies: zij maakten zich minder zorgen, wat leidde tot significante verbetering van hun gemoedstoestand en een verhoogde kwaliteit van leven (volgens de *Quality of Life* schaalscore). Bovendien bleek er een positief effect te zijn op beslissingen van diabetici om wel of niet auto te rijden: het aantal autoaanrijdingen in het jaar na de training was zo'n 67% lager dan onder niet-getrainde diabetici. De onderzoekers schrijven dit toe aan een combinatie van de betere inschatting van het bloedglucoseniveau én een verandering in attitude van de deelnemers.⁵²

Het Ochsner zelfmanagement educatie programma concludeerde na drie jaar ervaring dat deelnemers verbeteringen realiseerden in hun lange termijn bloedsuikerwaarde (HbA1c), een maat voor regulatie van diabetes over de voorafgaande 6 tot 8 weken. Volledige normalisering van de bloedsuikerwaarde werd niet bereikt, maar de gerealiseerde verbetering, mits blijvend, betekent een reductie van de kans op microvasculaire complicaties met 35%.⁵³

Ook andere educatie- en trainingsprogramma's onder diabetici wijzen op verbeterde gezondheidsresultaten in termen van instelling van diabetes, emotioneel welbevinden en '*coping*' gedrag van de patiënten. In Nederland is het VU Medisch Centrum in 1997/98 gestart met een *pilot-study* naar de haalbaarheid en effectiviteit van het *empowerment* programma 'Diabetes de baas', in samenwerking met het Joslin Diabetes Center in Boston. De belangrijkste resultaten waren een daling van de lange termijn bloedsuikerwaarde, een lichte afname van diabetes-gerelateerde emotionele problematiek en gelijkblijvend

⁵¹ Ades, Huang, Weaver, 1992: 'Cardiac rehabilitation participation'

⁵² Cox et al., 2001: 'Blood glucose awareness training. Long-term benefits'.

⁵³ McDuffie, Struck, Burshell, 2001: 'Empowerment for diabetes management'..



emotioneel welbevinden. Deze bemoedigende resultaten hebben geleid tot een vervolg van het programma, nog steeds in onderzoeksverband.⁵⁴

Een educatie- en zelfmanagement programma voor Spaanstalige, overwegend laag opgeleide artritispatiënten in Californië liet, zes maanden na de training, significante vooruitgang zien in pijn, zelfredzaamheid, zelfzorg, kennis van artritis en algemene gezondheid van de deelnemers.⁵⁵ Een zelfmanagement-programma voor Latijns Amerikaanse patiënten met longziekten of type 2 diabetes leidde tot een verbeterde staat van de gezondheid, gezonder gedrag, meer zelfredzaamheid en minder ziekenhuisbezoek onder de deelnemers.⁵⁶

Hartpatiënten hebben na een infarct een vergroot risico opnieuw slachtoffer van een infarct te worden. Reductie van risicofactoren kan die kans sterk verkleinen. Naast fysieke hebben ook psychologische factoren, zoals boosheid, depressie en sociale isolatie, grote invloed op de kans op herhaling. *Empowerment* programma's kunnen het risico sterk verkleinen door patiënten weerbaarder te maken en te coachen bij het ontwikkelen van een gezondere leefstijl. In Edinburg, Schotland, gaf een zelfhulp rehabilitatieprogramma voor hartpatiënten goede resultaten. Naast educatie bestond het programma uit fysieke oefeningen voor thuis, ontspannings- en stressbeheersingstechnieken en zelfhulpinstructies bij het optreden van paniekaanvallen, depressies en andere psychologische problemen. Deelnemers lieten een betere psychologische aanpassing, minder doktersconsulten en minder heropnames zien dan de controlegroep die niet aan het rehabilitatieprogramma had deelgenomen.⁵⁷ In Nederland biedt de Alant Cardio Kliniek zelfmanagementprogramma's aan voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. De programma's zijn groepsgericht en combineren fysieke training en ontspanning met informatie- en educatiesessies over leefstijl gerelateerde thema's als risicofactoren, fysieke activiteit en gezondheid, voeding, motivatie en stress management. Daarnaast zijn er optionele modules voor ondersteuning op het gebied van voeding of om te stoppen met roken. Uit onderzoek blijkt dat deelnemers gezondheidsindicatoren als bloeddruk, lichaamsgewicht, uithoudingsvermogen en zuurstofopnamecapaciteit weten te verbeteren. Daarmee bereiken zij een significante reductie (25 tot 35%) in het relatieve risico op hart- en vaatziekten.⁵⁸

4.1.1 Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

De verschuiving van verantwoordelijkheden richting patiënt roept ook ethische vragen op. Eigen verantwoordelijkheid verwijst naar het vermogen van mensen om te kiezen en de consequenties daarvan te dragen. Gebrek aan informatie, financiële middelen, fysieke of sociale omstandigheden kunnen dat verhinderen.

⁵⁴ Van der Ven en Snoek, 2001: 'Diabetes de baas'.

⁵⁵ Wong et. al., 2004: 'Spanish arthritis empowerment program'.

⁵⁶ Lorig, Ritter, Gonzalez, 2003: 'Hispanic chronic disease self-management'.

⁵⁷ Lewin, Robertson, Cay et al., 1992: 'Effects of self-help post-myocardial infarction rehabilitation'.

⁵⁸ Sprangers, Stam, Smid, Helleman, 2004: 'Comprehensive life style intervention'.

Aan de andere kant is het ook niet meer van deze tijd om mensen te betuttelen vanuit een goed bedoeld paternalisme. Een gezonde leefstijl, gezonde voeding, voldoende beweging, regelmatig medicijngebruik en dergelijke zijn allemaal verantwoordelijkheden die primair bij de patiënt liggen. Wanneer de chronisch zieke die verantwoordelijkheid niet oppakt, schaadt hij niet alleen zijn eigen gezondheid, maar berokkent ook schade aan derden (zijn naaste omgeving, zijn werkgever, de belastingbetaler). Dat roept een aantal ethische vragen op.⁵⁹

- Hebben mensen een morele plicht om zich gezond te gedragen?
- Welke maatregelen mag of moet de overheid nemen om ongezond gedrag van burgers om te buigen naar gezond gedrag?
- Is het moreel aanvaardbaar om mensen financieel verantwoordelijk te stellen voor de gevolgen van ongezond gedrag, bijvoorbeeld door hen van zorg uit te sluiten?
- Wie moet de kosten van gezondheidsproblemen op grond van ongezond gedrag betalen? De patiënt zelf? Of moet dit betaald worden uit de collectieve middelen?
- Is het rechtvaardig dat gezond levende mensen meebetalen aan de kosten van ongezond gedrag van anderen?

Het is niet de bedoeling deze vragen hier te beantwoorden, maar de ontwikkeling in de richting van een grotere eigen verantwoordelijkheid voor patiënten stelt ze wel nadrukkelijker aan de orde.

4.2 Reorganisatie van de zorg

4.2.1 Terug naar de eerste lijn

Chronische zorg is zorg dichtbij en geconcentreerd rond patiënten. Dit vereist andersoortige kennis en vaardigheden dan acute zorg. Communicatieve, educatieve en ondersteunende vaardigheden zijn belangrijk om patiënten te leren omgaan met hun ziekte. Zorgverleners hoeven niet allemaal een artsdiploma te hebben om die zorg te kunnen leveren. *Nurse-practitioners*, praktijkassistenten, wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners kunnen een belangrijk deel van de praktische zorg voor

⁵⁹ Centrum voor Ethiek en Gezondheid, *Eigen verantwoordelijkheid voor gezond gedrag*, www.ceg.nl.



hun rekening nemen. Medisch-specialistische kennis blijft nodig, maar kan door betere allocatie binnen het zorgproces veel kosteneffectiever worden ingezet dan nu het geval is. Naast de inzet van een gevarieerde groep aan professionals zijn specialisatie op een specifieke groep chronische patiënten én nieuwe organisatievormen van eerstelijnszorg noodzakelijk voor kwalitatief goede en kostenefficiënte chronische zorg. Alle inspanningen die de afgelopen jaren in Nederland zijn gedaan om meer en betere zorg in de eerste lijn te bieden (uitbreiding van huisartsenpraktijken met praktijkassistenten en wijkverpleegkundigen, inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen in de AWBZ-zorg) hebben niet geleid tot de verwachte efficiëntieslag. Of de kwaliteit van de geboden zorg is verbeterd, is niet bekend. Wel is de taak van huisartsen verlicht door de uitbreiding van hun ondersteunende staf. Om de belangen van patiënten en verzekerden voorop te stellen, is een meer fundamentele reorganisatie van het zorgstelsel nodig. Nieuwe organisaties in de eerste lijn zijn nodig, met een zelfstandige functie náást de huisartsenzorg.

Box 4.2 Leven met meer lucht

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is een aandoening die betekent dat de longen niet meer goed functioneren; de patiënt krijgt letterlijk te weinig lucht. In de Utrechtse regio is een project opgezet om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren.⁶⁰ Patiënten leren goed met hun ziekte om te gaan is een uitdrukkelijke doelstelling. Het programma is gericht op:

- het voorkomen van de ziekte;
- vroeg opsporen van patiënten met COPD;
- bevorderen van zelfmanagement bij COPD-patiënten;
- multidisciplinaire behandeling;
- introductie van kwaliteitszorg.

Het project omvat circa 3.500 COPD-patiënten.

Het project is ontstaan, omdat een aantal huisartsen er in hun praktijk mee werden geconfronteerd, dat zij onvoldoende expertise en mogelijkheden hadden om COPD in een vroeg stadium op te sporen. Dat vroege tijdstip is van belang omdat behandeling dan betere resultaten oplevert. Samen met een longarts en organisatie-adviseur zetten zij een kleinschalige *pilot* op om huisartsen te ondersteunen bij het diagnosticeren van COPD-patiënten. Geleidelijk zijn steeds meer partijen bij het project betrokken en inmiddels is het programma verankerd in de Utrechtse regio.

Een belangrijk doel van het programma was het tot stand brengen van goede samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn onderling en tussen de eerste en tweede lijn,

⁶⁰ Vermaat, 2002: 'Geïntegreerde zorg aan COPD-patiënten in de Utrechtse regio: leven met meer lucht'.

met andere woorden de zorgketen op orde brengen. Dit gebeurde onder meer door het mogelijk te maken dat huisartsen in het regionale ziekenhuis longfunctieonderzoek lieten verrichten en daarbij een patiëntgericht multidisciplinair advies van de longarts kregen. Daarnaast werden fysiotherapeuten en een netwerk van gespecialiseerde diëtisten in het project betrokken.

Ook wordt veel gedaan aan preventie, met name door het terugdringen van het rookgedrag. Roken is namelijk de belangrijkste factor bij het ontstaan en de ontwikkeling van COPD. Zelfmanagement is een essentieel onderdeel van de behandeling. In Utrecht worden daarvoor speciaal longverpleegkundigen ingezet die samen met praktijkondersteuners van de huisartsen (praktijkverpleegkundigen, doktersassistenten) patiënten ondersteunen. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulp bij het stoppen met roken, aanleren van de juiste inhalatietechniek, verbeteren van de inspanningstolerantie, het oplossen van voedingsproblemen e.d. Een belangrijk doel is om te voorkomen dat patiënten in een neerwaartse spiraal van toenemende kortademigheid en verminderde inspanningstolerantie terechtkomen. Wanneer verminderde inspanningstolerantie optreedt, wordt een patiënt doorverwezen naar een fysiotherapeut met kennis van COPD. Omdat veel COPD-patiënten kampen met een verslechterde voedingstoestand (de voedingsbehoefte is verhoogd, terwijl de voedselinname vaak juist daalt), zijn er ook gespecialiseerde diëtisten bij het programma betrokken die patiënten kunnen helpen om de voedingstoestand te verbeteren.

Inmiddels is duidelijk dat het project helpt om over- en onderbehandeling van mensen met kortademigheid te voorkomen. Door de advisering van longartsen vanuit het project worden nu meer patiënten in de eerste lijn behandeld dan voorheen het geval was. Naar schatting zou zonder het project in de groep met een normale longfunctie in 40% van de gevallen gestart zijn met proefmedicatie, overbehandeling dus. Bij de groep patiënten met een gestoorde longfunctie zou een deel geen verwijzing hebben gehad: bij hen is dus juist sprake van onderbehandeling.

Het project is financieel mogelijk gemaakt door de regionale zorgverzekeraar Agis, die in het project investeert om deze verbetering van de zorgverlening mogelijk te maken. Op dit moment wordt onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van het project.

Bron: Vermaat, 2002.

De organisatie van nieuwe zorgconcepten moet in experimentele projecten worden ontwikkeld en geëvalueerd, zodat er leereffecten ontstaan. Succesvolle experimenten kunnen elders navolging krijgen, mislukkingen leveren waardevolle informatie op over hoe het beter kan en moet.



4.2.2 Verbetering van de informatievoorziening

Tijdige informatie over individuele patiënten of patiëntengroepen is cruciaal voor goede chronische zorg. Met behulp van informatiesystemen kunnen data worden verzameld over het ziekteverloop, de behandeling, gezondheidsindicatoren enz. Omdat uiteenlopende disciplines bij de zorgverlening betrokken zijn, moet intensief informatie worden uitgewisseld tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten, niet alleen op een bepaald tijdstip maar over een lange periode. Informatiesystemen kunnen ook dienen om patiënten te ondersteunen in hun zelfzorg. Het criterium is dat nuttige informatie verzameld wordt, die de patiënt en zijn zorgverleners helpt bij het managen van de ziekte. Zonder een behoorlijk monitoring systeem zijn zorgverleners gedwongen reactief te werk te gaan in plaats van proactief. Het gebrek aan systematische informatie leidt ertoe dat zich complicaties ontwikkelen in plaats van te worden vertraagd of uitgesteld. Een volgende stap is dat al die waardevolle ervaringskennis wordt gebundeld om de effectiviteit van behandelmethoden te toetsen en verbeteren.

Hoewel er langzaam verbeteringen optreden, blinken professionele zorgaanbieders in Nederland – zacht gezegd – niet uit in onderlinge afstemming, coördinatie en informatie-uitwisseling. Bij een goede zorg voor chronische patiënten is dat wél nodig: zij hebben immers zorg op uiteenlopende gebieden en van verschillende zorgprofessionals nodig. Door de verkokering in de zorg krijgt een groot deel van de chronische patiënten te maken met tegenstrijdige adviezen van zorgverleners: in een recente enquête van zorgverzekeraar Agis onder duizend diabetici in Amsterdam gaf twintig procent aan tegenstrijdige adviezen te krijgen.⁶¹ Diverse onderzoeken wijzen uit dat diabetespatiënten in Nederland onvoldoende (preventieve) zorg gebruiken⁶², omdat hetzij de (huis)arts onvoldoende doorverwijst, hetzij de patiënt de noodzaak van de verwijzing niet inziet en deze niet opvolgt. Als patiënten door *empowerment* het belang van (voor)zorg beter inziet en de regie over hun eigen zorgverlening op zich kunnen en willen nemen, is dat een logische stap naar efficiëntere zorgverlening.

⁶¹ Bonus voor betere hulp diabetici, in: *de Volkskrant*, 12 mei 2004.

⁶² Post, D, J. Tuinstra en J.W. Groothoff, 2000: 'Zorgconsumptie van patiënten met diabetes mellitus', p. 354.

4.2.3 De zorgverlener in een nieuwe rol

Albert Schweitzer (1875-1965) pleitte meer dan vijftig jaar geleden al voor het versterken van het partnerschap tussen arts en patiënt in het streven naar optimale gezondheidsresultaten: “in iedere patiënt schuilt een dokter (...) en wij artsen zijn op ons best wanneer we patiënten in contact brengen met de dokter in henzelf”.

In Nederland is de verhouding tussen patiënt en behandelaar geregeld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Het doel van die wet is de rechtspositie van patiënten te verduidelijken en versterken, rekening houdend met de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om goede zorg te verlenen. Volgens de wet moet de zorgverlener:

- de patiënt informeren over het onderzoek en de behandeling;
- informatie geven over alternatieve behandelingen;
- informatie geven over mogelijke bijwerkingen en risico's;
- gezamenlijk met de patiënt tot een beslissing komen;
- de patiënt toestemming vragen voor onderzoek en behandeling.

In het kader van de Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk is de WGBO geëvalueerd.⁶³ Daarbij werd onderzocht welk belang patiënten aan bovengenoemde aspecten hechtten, en in hoeverre de huisarts er in hun ogen aan voldeed (tabel 4.1). Uit de evaluatie bleek dat patiënten informatie van de huisarts over de behandeling zeer belangrijk vonden en ook van mening waren dat de huisarts die gaf.⁶⁴ Informatie over alternatieve behandelingen en bijwerkingen werd door 4 van de 5 patiënten belangrijk geacht, maar werd in minder dan de helft van de gevallen gegeven. Van de patiënten die het belangrijk vonden om bij de besluitvorming betrokken te zijn, vond 60% dat ze daar ook daadwerkelijk bij betrokken waren. In 80% van de consulten nam de huisarts de uiteindelijke beslissing over een behandeling, wat in overeenstemming was met wat patiënten wilden.

Uit het onderzoek bleek dat huisartsen wel meer dan in het verleden geneigd zijn patiënten bij de besluitvorming te betrekken, maar dat zij in de overgrote meerder-

⁶³ Van den Brink-Muinen, Van Dulmen, Schellevis en Bensing (red), 2004: *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk*.

⁶⁴ Observatoren die bij de consulten aanwezig waren, schatten de mate waarin de huisarts patiënten liet meebeslissen over behandelingsopties en hun gelegenheid gaf hun zorgen of voorkeuren te uiten, overigens lager in dan de patiënten zelf.



heid van de gevallen uiteindelijk toch nog de beslissing nemen. Regie van de patiënt zelf over zijn eigen gezondheid is nog altijd meer fictie dan werkelijkheid.

Tabel 4.1 Belang dat patiënten hechten aan WGBO-aspecten en feitelijke realisatie door de huisarts*

	relevantie %	uitvoering %
informatie geven over behandeling	94,2	91,2
informatie geven over alternatieve behandelingen	80,9	49,1
informatie geven over bijwerkingen	84,8	34,2
gezamenlijke besluitvorming	81,5	60,4
uiteindelijke beslissing door huisarts	78,5	78,0

* Gemeten is het percentage patiënten dat de aspecten belangrijk vond en antwoordde dat de huisarts deze uitvoerde.
Bron: Van den Brink-Muinen e.a., 2004

4.3 Preventie

Zoals beschreven, kunnen veranderingen in gedrag of leefstijl van grote invloed zijn op het voorkomen van ziekten. Daarnaast kunnen vroegtijdige opsporing en behandeling de ziektelast verminderen. Preventie van ziekte kan verschillende vormen aannemen:⁶⁵

- primaire preventie: het voorkomen van ziekten door het wegnemen van de oorzaken;
- secundaire preventie: het in een vroeg stadium opsporen van ziekten, waardoor eerder met behandeling gestart kan worden, eventueel genezing bewerkstelligd kan worden of verergering van ziekte voorkomen kan worden;
- tertiaire preventie (zorg/kwaliteit van leven): het opheffen, reduceren of compenseren van een verminderde gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van individuen.

Steeds meer mensen leven ongezond. Dit is een belangrijke oorzaak van de stagnerende levensverwachting in Nederland, terwijl die in andere Europese landen nog toeneemt.⁶⁶

⁶⁵ Dirkmaat, Van Geneugten en De Wit, 2003: *De kosteneffectiviteit van preventie: een verkennende studie*.

⁶⁶ Ministerie van VWS, 2003: *Langer gezond leven. Ook een kwestie van goed gedrag*, p. 10.

- Eén op de drie Nederlanders rookt. Het aantal rokers is de afgelopen twintig jaar gedaald, maar dit stagneert nu. Doordat vrouwen in de jaren zeventig zijn gaan roken, zien we momenteel een toenemende sterfte aan longkanker onder vrouwen. Van de jongeren tussen 15 en 19 jaar rookt bijna de helft.
- Negen van de tien Nederlanders eten te veel verzadigd vet.
- Driekwart van de Nederlanders eet te weinig groente en fruit. Onder jongeren geldt dit voor negen van de tien.
- Meer dan de helft van de Nederlanders beweegt te weinig.
- 14% van de jongens en 7% van de meisjes tussen 15 en 19 jaar drinkt te veel.
- De helft van de mannen en ruim een derde van de vrouwen kampt met overgewicht. Het percentage mensen met ernstig overgewicht (obesitas) is in ruim 20 jaar bijna verdubbeld.
- Ongeveer een derde van de mensen tussen 15 en 35 jaar met losse partners gebruikt niet altijd een condoom.

Gezonder leven kan veel bijdragen aan vermindering van de ziektelast. Tegelijkertijd nemen daarmee ook de uitgaven aan gezondheidszorg af. Alleen al als iedereen morgen stopt met roken, spaart dat jaarlijks bijna € 509 miljoen uit op de uitgaven aan gezondheidszorg.⁶⁷

In het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning heeft het RIVM onderzoek gedaan naar verschillen in gezondheid tussen Europese landen.⁶⁸ Daaruit komen grote verschillen naar voren. Zo blijken bijvoorbeeld in Portugal twee keer zoveel mensen aan een beroerte te overlijden als in Nederland, maar in Noorwegen 40% minder. Voor een deel zullen deze verschillen te maken hebben met verschillen in de gezondheidszorg tussen landen, maar in hoeverre dat het geval is, is niet bekend. Wel geldt in het algemeen dat ziekte- en sterftেকansen ook verschillen in leefstijl en leefpatronen reflecteren. Zo ligt de sterfte aan longkanker onder vrouwen in Spanje 68% lager dan in Nederland. De verklaring daarvoor is dat in Spanje maar 4% van de vrouwen tussen 45 en 75 jaar rookt, terwijl dat in Nederland meer dan 30% is.

Het RIVM heeft ook onderzocht hoe de gezondheidstoestand in Nederland zou veranderen als ons land de slechtste resp. beste score van de EU zou hebben op een

⁶⁷ Ministerie van VWS, 2003: *Langer gezond leven. Ook een kwestie van goed gedrag*, p. 19.

⁶⁸ RIVM, 2002. *Gezondheid op koers?*



zestal belangrijke risicofactoren (roken, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, ernstig overgewicht, verhoogde bloeddruk en verhoogd cholesterolgehalte). Daarbij is gekeken naar de incidentie van een aantal ernstige ziekten (slokdarmkanker en longkanker, diabetes mellitus, hartinfarct, overige coronaire hartziekten, hartfalen, beroerte en COPD). Uit die analyse blijkt dat het aantal nieuwe ziektegevallen in het gunstigste geval met tussen de 10 en 30% zou kunnen afnemen. In het ongunstigste geval zou het aantal ziektegevallen met vele tientallen procenten toenemen (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 Stijging (+) resp. daling (-) van het aantal nieuwe ziektegevallen wanneer Nederland de ongunstigste resp. gunstigste Europese prevalentieniveaus van zes risicofactoren zou hebben

ziekte	mannen		vrouwen	
	<i>gunstigst</i>	<i>ongunstigst</i>	<i>gunstigst</i>	<i>ongunstigst</i>
slokdarmkanker	-15	+22	-23	+38
longkanker	-20	+16	-32	+13
diabetes mellitus	-6	+24	-7	+23
hartinfarct	-16	+65	-16	+66
ov. coronaire ziekten	-14	+51	-15	+50
hartfalen	-7	+37	-9	+30
beroerte	-15	+41	-16	+68
COPD	-11	+14	-23	+9

Bron: RIVM, 2002, p. 166.

Er is ook gekeken naar het effect van de zes risicofactoren op de verschillen in levensverwachting tussen Europese landen. Daaruit blijkt dat de levensverwachting voor mannen met 1,4 jaar en voor vrouwen met 1,2 jaar zou kunnen toenemen als Nederland de gunstigste scores op die risicofactoren zou hebben. Als Nederland de ongunstigste scores zou hebben, zou de levensverwachting voor mannen met 2,8 jaar en voor vrouwen met 3,0 jaar afnemen (tabel 4.3).

Tabel 4.3 Stijging (+) resp. daling (-) van de levensverwachting wanneer Nederland de gunstigste resp. ongunstigste Europese prevalentieniveaus van zes risicofactoren zou hebben

risicofactor	mannen		vrouwen	
	<i>gunstigst</i>	<i>ongunstigst</i>	<i>gunstigst</i>	<i>ongunstigst</i>
roken	0,6	-0,5	0,5	-0,3
overmatig alcoholgebruik	0,2	-0,1	-b	-0,5
lichamelijke inactiviteit	0,6	-1,4	0,6	-1,6
verhoogde bloeddruk	-b	-0,3	-b	-0,2
verhoogd totaal cholesterol	-b	-0,2	-b	-0,1
ernstig overgewicht	-b	-0,3	-b	-0,3

Bron: RIVM, 2002, p. 167.

Deze cijfers laten zien dat er aanzienlijke gezondheidswinsten te behalen zijn door betere scores op de genoemde risicofactoren. Het gaat hier wel om langetermijneffecten. De berekende winst in termen van minder ziektegevallen en een hogere levensverwachting zou pas over enkele decennia zichtbaar worden, gezien het tijdsverloop tussen de risicofactoren en de gezondheidstoestand van de bevolking.

Box 4.3 Obesitas: een groeiend probleem

Een ernstig en groeiend volksgezondheidsprobleem is dat van overgewicht en obesitas. In Nederland heeft inmiddels meer dan 40% overgewicht, 10% heeft ernstig overgewicht: obesitas. Nederland lijkt met ongeveer 10 jaar verschil de Amerikaanse trend te volgen. Daar liggen de cijfers inmiddels op 56% overgewicht en 22,5% obesitas. In de afgelopen 20 jaar is overgewicht bij kinderen van 5 tot 11 jaar sterk toegenomen: van 4% naar 10%, obesitas komt zelfs tien keer vaker voor dan 20 jaar geleden. Opvallend is de sterke stijging van overgewicht bij kinderen vanaf 3 jaar.

Overgewicht en obesitas komen in bepaalde groepen van de bevolking veel vaker voor. Bij laagopgeleiden komt obesitas 4 keer vaker voor dan bij hoogopgeleiden. Het aantal allochtonen met overgewicht en obesitas heeft ongeveer de omvang van de huidige Amerikaanse percentages van overgewicht en obesitas. Bij Turkse en Marokkaanse kinderen liggen de percentages overgewicht en obesitas ruim twee keer zo hoog als bij die van Nederlandse kinderen in dezelfde leeftijdsgroep.

Overgewicht en obesitas zijn een belangrijk volksgezondheidsprobleem, omdat zij kunnen leiden tot een verlaagde kwaliteit van leven en een sterk verhoogde kans op ziekte en sterfte. Overgewicht en obesitas verhogen de kans op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 (ook kinderen met overgewicht krijgen deze 'ouderdomsuikerziekte'), sommige



vormen van kanker (vooral dikkedarmkanker), aandoeningen aan het bewegingsapparaat (arthrose) en psychische klachten. Overgewicht en obesitas hebben een grotere invloed op het aantal chronische aandoeningen dan rookgedrag of excessief alcoholgebruik.

De directe kosten als gevolg van obesitas worden geschat op € 0,5 miljard, terwijl de indirecte kosten (zoals ziekteverzuim, productieverlies, uitkeringslasten, maatschappelijke kosten) geschat worden op € 2 miljard.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) – het belangrijkste adviesorgaan van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg – staat op het standpunt dat burgers in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid, maar is zeer terughoudend daar ook consequenties aan te verbinden: “De overheid moet vanuit haar publieke verantwoordelijkheid en grondwettelijke taak voor de volksgezondheid gezond gedrag van burgers bevorderen, maar mag gezond gedrag niet opleggen of afdwingen, bijvoorbeeld door uitsluiting van zorg of financiële strafmaatregelen. Afgezien van het feit dat nog onvoldoende bekend is over de effectiviteit van dergelijke maatregelen zijn ze omstreden. Aan prijsverhogende maatregelen, bijvoorbeeld accijns op ongezonde voeding (‘health tax’) zijn praktische en maatschappelijke bezwaren en problemen verbonden, waardoor invoering op dit moment niet wenselijk is. Een aantal aspecten, zoals de effectiviteit, de proportionaliteit en de maatschappelijke impact van dergelijke maatregelen, zou eerst nader onderzocht moeten worden.”

De Raad spreekt zich wel uit voor mediacampagnes, richtlijnen voor reclame en media die tot ongezonde voeding aanzetten, bevordering van sport en beweging (uitbreiding van het gymnastiekonderwijs met 1 uur per week), stimulansen voor werkgevers om een actief gezondheidsbevorderingsbeleid te voeren en voor ziektekostenverzekeraars om hen aan te moedigen om te investeren in gezond gedrag van verzekerden.

Bron: RVZ, 2002, p. 5 e.v.

4.4 Conclusie

Veel patiënten laten de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid uit onzekerheid, gebrek aan kennis of gebrek aan zelfvertrouwen, nog over aan de zorgverlener. *Patient empowerment* programma's leren patiënten zo goed mogelijk met hun aandoening om te gaan en de regie over hun gezondheid meer in eigen hand te nemen. In Engeland, Australië en de Verenigde Staten zijn goede ervaringen met *patient empowerment* programma's opgedaan. Ze blijken tot betere subjectieve en objectieve gezondheidsindicatoren en lagere zorgkosten te leiden. In Nederland maken *patient empowerment* programma's geen deel uit van het zorgaanbod.

Chronische aandoeningen vereisen een heel ander zorgaanbod dan het gangbare, op genezing gerichte acute-zorgaanbod. Bij de begeleiding en ondersteuning van chronische patiënten is nauwe samenwerking tussen uiteenlopende disciplines nodig en moet er meer aandacht zijn voor communicatieve, educatieve en ondersteunende vaardigheden om patiënten te leren omgaan met hun ziekte. *Nurse-practitioners*, praktijkassistenten, wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners kunnen een belangrijk deel van de praktische zorg voor hun rekening nemen, maar dat mag geen excuus zijn voor besparing op kwaliteit. Medisch-specialistische kennis moet net zo goed vertegenwoordigd zijn als andersoortige ervaring. Door de gebundelde expertise en mate van specialisatie kan geïntegreerde zorg, gericht op specifieke aandoeningen, betere gezondheidsresultaten waarborgen dan nu in de eerste- en tweedelijnszorg worden behaald.

Willen patiënten en zorgaanbieders meer als gelijkwaardige partners optrekken, dan moet er ook iets in de relatie tussen artsen en patiënten veranderen. In bijna 80% van de gevallen worden beslissingen over medische behandelingen nog door de huisarts genomen. Juist bij chronische aandoeningen is een grotere inbreng van patiënten belangrijk om de beste manier te vinden om met het gezondheidsprobleem om te gaan.

Veel chronische ziekten zijn te voorkomen en complicaties zijn te beperken of uit te stellen wanneer de ziekte is ingetreden. Preventie moet systematisch worden ingebouwd in elk behandelplan. Op dit moment ontbreken vaak de prikkels om preventieve inspanningen te belonen. Sterker, preventie wordt ontmoedigd doordat beloningen gekoppeld zijn aan de behandeling van complicaties in plaats van het voorkómen ervan.

Een grotere eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt roept ook ethische vragen op. Zijn mensen verplicht om zich gezond te gedragen? En willen we er als samenleving consequenties aan verbinden als mensen door het verwaarlozen van hun gezondheid kosten bij de gemeenschap neerleggen?



5

Wat levert integrale zorg op?

Door de groei en veroudering van de bevolking zal het aantal mensen met een chronische aandoening aanzienlijk toenemen. Dit zijn echter niet de enige oorzaken van de toename van het aantal chronische aandoeningen; er zijn ook autonome factoren die voor een stijging zorgen. Zo neemt het aantal gevallen van diabetes mellitus type 2 ('ouderdomssuiker') op jongere leeftijd de laatste jaren sterk toe door onvoldoende beweging en verkeerde voeding.

De sterke toename van het aantal chronische aandoeningen veroorzaakt een aanzienlijke maatschappelijke schade. In de eerste plaats natuurlijk voor de betrokkenen zelf: afhankelijk van de ernst van de aandoening leveren zij in op hun 'kwaliteit van leven' en op het aantal 'gezonde levensjaren'. Daarnaast zijn er ook hoge maatschappelijke kosten. Mensen met een chronische ziekte gaan bijvoorbeeld gemiddeld zes keer per jaar naar de huisarts, de doorsnee-bevolking gaat 3 à 4 keer per jaar. Ook verrichten chronisch zieken minder vaak betaalde arbeid en moeten ze vaker wegens ziekte verzuimen.

Voor een deel zijn de oplopende individuele en maatschappelijke kosten van chronische ziekten onvermijdelijk; de vergrijzing van de bevolking gaat nu eenmaal gepaard met meer ziekten. Maar voor een deel zijn de kosten wel degelijk beïnvloedbaar. Vroegtijdige diagnose en het voorkomen van complicaties door goede zorg kunnen de ziektelast aanzienlijk terugdringen. Door snellere toepassing van nieuwe medische technologie met bewezen effectiviteit, verbetering van behandelprotocollen van artsen, meer aandacht voor de gang van patiënten door het zorgproces en beperking van ongewenste negatieve effecten van medisch handelen, valt nog veel te winnen. Daarnaast is een gezondere leefstijl van groot belang. Veel mensen leven ongezond, vooral jongeren. Dit is een belangrijke reden dat de toename van de levensverwachting bij mannen vertraagt en bij vrouwen zelfs helemaal stagneert. Het Ministerie van VWS schat dat minimaal twintig procent van de ziektelast⁶⁹ in Nederland te voorkomen is door het vermijden van een ongezonde leefstijl: niet roken, geen overmatig alcoholgebruik, voldoende bewegen en gezonde voeding.⁷⁰

⁶⁹ De ziektelast is het totale verlies aan levensduur en voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren in een bevolking, als gevolg van ziekten.

⁷⁰ Ministerie van VWS, 2003: *Langer gezond leven*, p. 11.

Door hun gedrag en leefstijl kunnen mensen de kans verminderen dat zij een chronische ziekte krijgen of het moment uitstellen dat zij ziek worden. Chronisch zieken kunnen door gezond gedrag en therapietrouw complicaties voorkomen of uitstellen.⁷¹ De verantwoordelijkheid hiervoor ligt voor een belangrijk deel bij burgers en patiënten zelf. Maar ook de overheid, verzekeraars, zorgaanbieders en werkgevers hebben daarbij een belang. Investerings in preventie en vroegtijdige behandeling leveren per euro vaak een veel hogere gezondheidswinst op dan dure zorg later in het ziekteproces.⁷²

Om die voordelen te realiseren is een meer geïntegreerde aanpak van chronische ziekten en aandoeningen nodig. Dit hoofdstuk verkent voor enkele veel voorkomende chronische aandoeningen welke individuele en maatschappelijke 'winst' er te behalen valt met een beter 'management' van chronische ziekten.

5.1 Het belang van betere zelfzorg

Door verbeterde zelfzorg van chronisch zieken in samenwerking met hun artsen en andere medische begeleiders (secundaire en tertiaire preventie) is veel te winnen in termen van een verminderde ziektelast en betere kwaliteit van leven voor de betrokkenen zelf. Vaak gaat dat ook gepaard met minder kosten voor de samenleving als geheel. Daarvan worden hieronder een aantal voorbeelden gegeven

Hart- en vaatziekten⁷³

Hart- en vaatziekten zijn in Nederland doodsoorzaak nummer 1. In 2000 overleden 17.500 mensen aan een coronaire hartziekte en 12.300 mensen als gevolg van een beroerte. Het aantal personen dat lijdt aan hartfalen werd in 2000 op 163.800 geschat. In de afgelopen twintig jaar is de sterfte aan acuut hartinfarct ruim gehalveerd en de sterfte aan overige coronaire hartziekten met ongeveer 30% gedaald. Die daling kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan de daling van het aantal rokers en een grotere aandacht voor gezonde leefwijzen (met name minder inname van verzadigd vet). Bovendien is de sterftekans na een infarct verminderd door een betere behandeling van risicofactoren. Ook de sterfte aan beroerte is afgenomen.

⁷¹ Ministerie van VWS, 2003: *Langer gezond leven*, p. 27.

⁷² Dirkmaat, Van Geneugten en De Wit, 2003: *De kosteneffectiviteit van preventie: een verkennende studie*.

⁷³ Hoes en Mosterd, 2004: 'Hartfalen samengevat'; Feskens en Deckers, 2004: 'Coronaire hartziekten samengevat'; Siepman en Koudstaal, 2004: 'Beroerte samengevat'.



Verwacht wordt dat de daling in sterfte van personen met hartfalen in de komende decennia zal doorzetten. Daardoor zal echter het aantal patiënten met chronische hartaandoeningen toenemen. Alleen al op grond van demografische factoren wordt verwacht dat het aantal gevallen van hartfalen in de komende vijftien jaar met 42,5% zal toenemen. Dit onderstreept het belang van verdere verbeteringen in vroegdiagnostiek en medicijngebruik met een bewezen gunstig effect op de overlevingskans, maar ook van het terugdringen van risicofactoren, zoals overgewicht, verhoogde bloeddruk en roken, die de kans op vervolgschade nadat de hartklachten eenmaal zijn opgetreden, in ongunstige zin beïnvloeden.

Veel patiënten die een hartaanval hebben gehad of kampen met andere vormen van hartfalen, voelen zich angstig en onzeker. Zij durven bijvoorbeeld geen normale inspanningen te doen, uit angst dat het hart het (weer) begeeft, terwijl beweging en een zekere mate van inspanning juist goed zijn voor de conditie van het hart. In een experiment in de VS, waarin patiënten met stabiele, maar chronische hartproblemen deelnamen aan een 14 maanden durend trainingsprogramma, bleek dat deelnemers vergeleken met een controlegroep, 1,82 jaar langer leefden. Rekening houdend met de kosten van het trainingsprogramma, de reductie van het aantal ziekenhuisopnames en verloren arbeidsuren vanwege de trainingstijd, bedroegen de kosten per verlengd levensjaar \$ 1773.⁷⁴

Een ander, multidisciplinair, door verpleegkundigen geleid programma richtte zich op verbeterd zelfmanagement van patiënten met hartfalen. Het programma bestond uit voorlichting aan patiënten en hun familie, dieetvoorschriften, regelmatig medisch onderzoek, en advies over sociale aspecten. Na voltooiing van het programma werden de uitkomsten geëvalueerd. Die uitkomsten waren: 56% minder terugkeer naar het ziekenhuis wegens hartklachten, 28% minder terugkeer wegens andere klachten, aanzienlijk minder patiënten die meer dan één keer terug moesten naar het ziekenhuis vergeleken met een controlegroep, en lagere zorgkosten (\$640 minder per patiënt) vergeleken met de controlegroep.⁷⁵

Kanker⁷⁶

In 2000 overleden 6297 mannen en 2262 vrouwen aan longkanker. Daarmee is longkanker de kanker met de hoogste sterfte in Nederland. Vanaf het midden van

⁷⁴ Georgiou e.a., 2001: 'Cost-effectiveness analysis of long-term moderate exercise training in chronic heart failure'.

⁷⁵ Rich e.a., 1995: 'A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failures'.

de jaren tachtig daalt het aantal nieuwe gevallen van longkanker onder mannen, maar stijgt het bij vrouwen. Dit komt door veranderingen in de rookgewoonten: in de afgelopen dertig jaar is het aantal mannen dat rookt gedaald, terwijl het aantal vrouwen dat rookt steeg. Ook bij andere vormen van kanker is er een duidelijk verband met risicofactoren. De verminderde consumptie van groente en fruit, afname van lichamelijke activiteit en toename van ernstig overgewicht verhoogt bijvoorbeeld het risico op darmkanker, één van de meest voorkomende vormen van kanker in Nederland.

Uit een evaluatie van verscheidene voorlichtingsprogramma's voor kankerpatiënten, gericht op het bijbrengen van een beter begrip over de diagnose en behandeling, bleek dat niet alleen de angst en verwarring onder de deelnemers afnam, maar dat de programma's er ook voor zorgden dat patiënten zich beter aan de medische voorschriften hielden.⁷⁷

Diabetes⁷⁸

Bijna een half miljoen Nederlanders hebben diabetes mellitus type 2. Niet alleen genetische factoren zijn van invloed op het ontstaan van diabetes, maar ook ernstig overgewicht, gebrek aan lichamelijke activiteit en voeding. Met 65.000 nieuwe gevallen per jaar is diabetes een van de sterkste stijgers onder de chronische ziekten. Diabetes leidt tot vermindering van het aantal gezonde levensjaren, aantasting van de kwaliteit van leven en belasting van de curatieve zorg. Ramingen van het RIVM wijzen uit dat jaarlijks minimaal € 160 miljoen (20%) aan medische kosten bespaard kunnen worden door betere en tijdige zorg.⁷⁹ Tenminste de helft (10%) daarvan hangt af van de wijze waarop diabetespatiënten zelf met hun ziekte omgaan.

Een Deens onderzoek vergeleek een innovatief, veelomvattend programma voor diabeteszorg met de standaardpraktijk. Het programma omvatte *feedback* aan zorgverleners over de verleende zorg, *reminders* voor regelmatig patiëntenbezoek, ondersteuning bij medische beslissingen en bevordering van zelfmanagement door patiënten. Na zes jaar hadden de deelnemers aan het experiment aanzienlijk lagere glucose- en cholesterolniveaus dan patiënten in de normale zorg.⁸⁰

⁷⁷ Jacobs e.a., 1983: 'Behaviour of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer support groups'.

⁷⁸ Baan en Feskens, 2004: 'Diabetes mellitus samengevat'.

⁷⁹ Ministerie van VWS, 2003: *Langer gezond leven*, p. 26.

⁸⁰ Olivarius e.a., 2001: 'Randomized controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus', p. 970.



Psychische aandoeningen⁸¹

In 2000 waren er in Nederland naar schatting ruim 400.000 mensen met een depressie, 1,3 miljoen mensen met angststoornissen en 350.000 personen met alcohol- of drugsproblemen. Daarmee behoren psychische stoornissen tot de grootste veroorzakers van ziektejaarequivalenten. Dit zijn ziektejaren vermenigvuldigd met een wegingsfactor voor de ernst van de ziekte. Psychische aandoeningen leiden tot een groot verlies aan kwaliteit van leven. Betere herkenning, vroege opsporing en betere behandelprotocollen kunnen het gezondheidsverlies als gevolg van psychische aandoeningen sterk verminderen.

In een gecontroleerd experiment werden kwaliteitsverbeteringsprogramma's voor patiënten met een depressie geëvalueerd. In die programma's gaven lokale artsen en gespecialiseerde verpleegkundigen medische en zelfzorg-voorlichting aan patiënten. Wanneer nodig zorgden verpleegkundigen ook voor medische follow-up of werden psychotherapeuten ingeschakeld voor therapeutische hulp. Door het programma namen de kwaliteit van de zorg, de mentale gezondheid en behoud van werk toe over een periode van een jaar. Per saldo nam het aantal medische consulten niet toe.⁸²

In een soortgelijk programma namen 1356 patiënten uit 46 eerstelijns praktijken deel aan een gecontroleerd experiment. Het programma bestond uit speciale training voor artsen en verpleegkundigen, voorlichtings- en evaluatiemateriaal, medicatie follow-up en cognitieve gedragstherapie door verpleegkundigen. Door het programma namen de kosten toe, vergeleken met normale zorg. In de twee jaar volgend op deelname hadden patiënten echter significant minder dagen met depressieve symptomen en hadden zij een significant groter aantal dagen gewerkt dan patiënten die de normale zorg hadden ontvangen.⁸³

Astma en COPD⁸⁴

Bijna een half miljoen Nederlanders lijden aan astma of COPD (chronische bronchitis en emfyseem). Door het gewijzigde rookgedrag stijgt het aantal vrouwen met COPD, terwijl het aantal mannen gelijk blijft. Astma en COPD scoren

⁸¹ Bijl en De Rijk, 2004: 'Depressie samengevat'; Balkom en Van Dyck, 2004: 'Angststoornissen samengevat'.

⁸² Wells e.a., 2000: 'Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial'.

⁸³ Schoenbaum e.a., 2001: 'Cost-effectiveness of practice initiated quality improvement for depression. Results of randomized controlled trial'.

⁸⁴ Boezen, Postma en Smit, 2004: 'Astma en COPD samengevat'

hoog, zowel op de lijst van ziekten met de grootste ziektelast als het meeste verlies aan kwaliteit van leven. Opvallend is dat het aantal jonge mensen met astma tussen 1983 en 2000 flink is gestegen. Dat kan te maken hebben met het feit dat de detectie van astma in de huisartsenpraktijk is verbeterd. Daarnaast lijken echter ook steeds meer jonge mensen allergisch te worden voor huisstofmijt, pollen en dieren. Die trend is niet alleen in ons land zichtbaar, maar ook in andere landen. Dat steeds meer kinderen allergisch lijken te worden, kan tot gevolg hebben dat in de toekomst meer kinderen astma krijgen.

Een zelfzorg-trainingsprogramma in India voor patiënten met chronische astma resulteerde in verbeteringen van de gezondheidssituatie en minder ziekenhuis- en spoedeisende opnames. De training bestond uit vier bijeenkomsten waar praktische vaardigheden werden onderwezen bovenop de normale hulp. Patiënten werden willekeurig verdeeld over twee groepen. De resultaten waren: 18 versus 34 verloren werkdagen (zelfzorggroep vergeleken met controlegroep), 6 versus 13 ziekenhuisopnames, 12 versus 22 bezoeken aan spoedeisende hulp, 20% minder kosten op jaarbasis.⁸⁵

Verskillende studies hebben ook het effect van zelfzorgprogramma's op absentie van school en werk onderzocht. Vrijwel altijd blijkt dat het bijbrengen van kennis en praktische zelfzorgvaardigheden resulteert in minder verzuim van school, minder verzuim op het werk en hogere productiviteit.⁸⁶

Klachten aan het bewegingsapparaat⁸⁷

Klachten aan het bewegingsapparaat zijn de meest voorkomende aandoening. In 2000 werd op basis van een enquête geschat dat er bijna 3,3 miljoen personen zijn met langdurige klachten aan rug of nek. Naast lichamelijke fitheid spelen psychosociale factoren, zoals angst, depressie en ontevredenheid over het werk een rol bij het ontstaan van rugklachten. Artrose en reumatoïde artritis zijn belangrijke veroorzakers van verlies aan kwaliteit van leven.

Daarnaast komt elk jaar een flink aantal ouderen in huis ten val, vaak met ernstige gevolgen zoals heupfracturen. In de leeftijdsgroep boven de 75 jaar treft dit 75 van de 1000 personen. Dit leidt jaarlijks tot 90.000 spoedeisende hulpbehandelingen. Hier-

⁸⁵ Ghosh, e.a., 1998: 'Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics'.

⁸⁶ Bolton e.a., 1991: 'The cost and effectiveness of an education program for adults who have asthma'.

⁸⁷ Koes, 2004: 'Nek- en rugklachten samengevat'.



van blijkt 35% een fractuur te hebben en wordt 15% in het ziekenhuis opgenomen. In een Amerikaans experiment werd voor een geselecteerde groep thuiswonende ouderen, die een relatief groot risico op een valincident hadden, een interventieprogramma opgezet, dat zich richtte op verschillende aspecten. Het programma bestond uit maatregelen gericht op het verbeteren van het slaapgedrag, veranderingen in de (risicovolle) inrichting van het huis, meer beweging en vermindering van medicatie. In vergelijking met ouderen die geen interventieprogramma volgden, namen zowel het aantal valincidenten als de totale gezondheidszorgkosten in het jaar na de interventie af. Het effect was het sterkst onder de ouderen met het hoogste risicoprofiel. Het programma reduceerde niet alleen de kans op een ongeval voor de betrokkenen, maar was ook duidelijk kostenbesparend (\$ 2150 per voorkomen val).⁸⁸

In alle bovenstaande gevallen kunnen preventie, vroegtijdige opsporing, adequate behandeling, systematische monitoring van medische gegevens en vooral het bevorderen van zelfzorg door patiënten bijdragen tot een vermindering van de ziektebelasting. Daarvoor is nodig dat er logisch sluitende zorgketens ontstaan van preventie, vroegtijdige opsporing, adequate behandeling en goede monitoring. Wanneer een aandoening een chronisch karakter heeft gekregen, is op maat gesneden zorg nodig, waarbij de patiënt zelf een sleutelrol vervult. In het onderstaande wordt becijferd welke maatschappelijke voordelen daarmee te behalen zijn.

5.2 Besparing op zorgkosten

De verwachte groei van het aantal personen met een chronische aandoening heeft verstrekkende gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg. Al eerder (tabel 2.3) is voor een aantal veel voorkomende aandoeningen aangegeven dat bij ongewijzigd doortrekken van de trends op demografisch en epidemiologisch gebied de prevalentie tussen 2000 en 2020 met tientallen procenten zal toenemen. Om de gevolgen hiervan voor de uitgaven aan gezondheidszorg zoveel mogelijk te beperken, zijn zowel maatregelen in de preventieve als in de curatieve sfeer nodig.

Bij wijze van illustratie is in tabel 5.1 voor een aantal belangrijke aandoeningen berekend, hoeveel Nederland op de zorgkosten zou kunnen besparen door effectieve primaire, secundaire en tertiaire preventie. Om de potentiële voordelen

⁸⁸ Rizzo e.a., 1996: 'The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons', geciteerd in Dirkmaat e.a., 2003.

van primaire en secundaire preventie te ramen, is aangenomen dat de incidentie van een aantal belangrijke ziekten kan worden teruggebracht naar die van het best presterende EU-land (zie tabel 4.2). Om de mogelijke voordelen van tertiaire preventie in te schatten, is aangenomen dat besparingen variërend van 5 tot 30% haalbaar zijn, in overeenstemming met gerealiseerde besparingen in de hiervoor gepresenteerde voorbeeldprojecten.

Tabel 5.1 toont dan voor een zevental diagnosecategorieën allereerst de zorgkosten in 1999 en de verwachte toename tot 2020 op grond van demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Daarbij wordt uitgegaan van een ongewijzigde voortzetting van de trend en constante prijzen. Vervolgens wordt becijferd hoeveel minder ziektekosten er zouden zijn als Nederland door effectieve primaire en secundaire preventie het aantal ziektegevallen zou kunnen terugdringen naar het niveau van het best presterende EU-land op dit moment.

Tabel 5.1 Effecten van preventie op de zorgkosten voor zeven aandoeningen

ziekte	kosten 1999 (mln euro's)	kosten 2020 (mln euro's)	besparing door primaire en secundaire preventie (in %) ^c	besparing door tertiaire preventie (in %) ^d	totale be- sparing op zorgkosten (mln euro's)
kanker ^a	228	342	-21	-5	90
diabetes	431	721	-7	-10	118
psychische aandoeningen	962	1101	n.b.	-30 ^b	330
beroerte	1029	1615	-16	-5	326
hartziekten	1228	2048	-11	-10	450
astma/ COPD	594	987	-17	-10	245
ziekten van het bew. apparaat	396	569		-20 ^b	114
totaal	4868	7383			1673

a. De cijfers betreffen longkanker en darmkanker.

b. Primaire + secundaire + tertiaire preventie.

c. Gebaseerd op de aanname dat de prevalentie kan worden teruggebracht tot het laagste niveau in Europa.

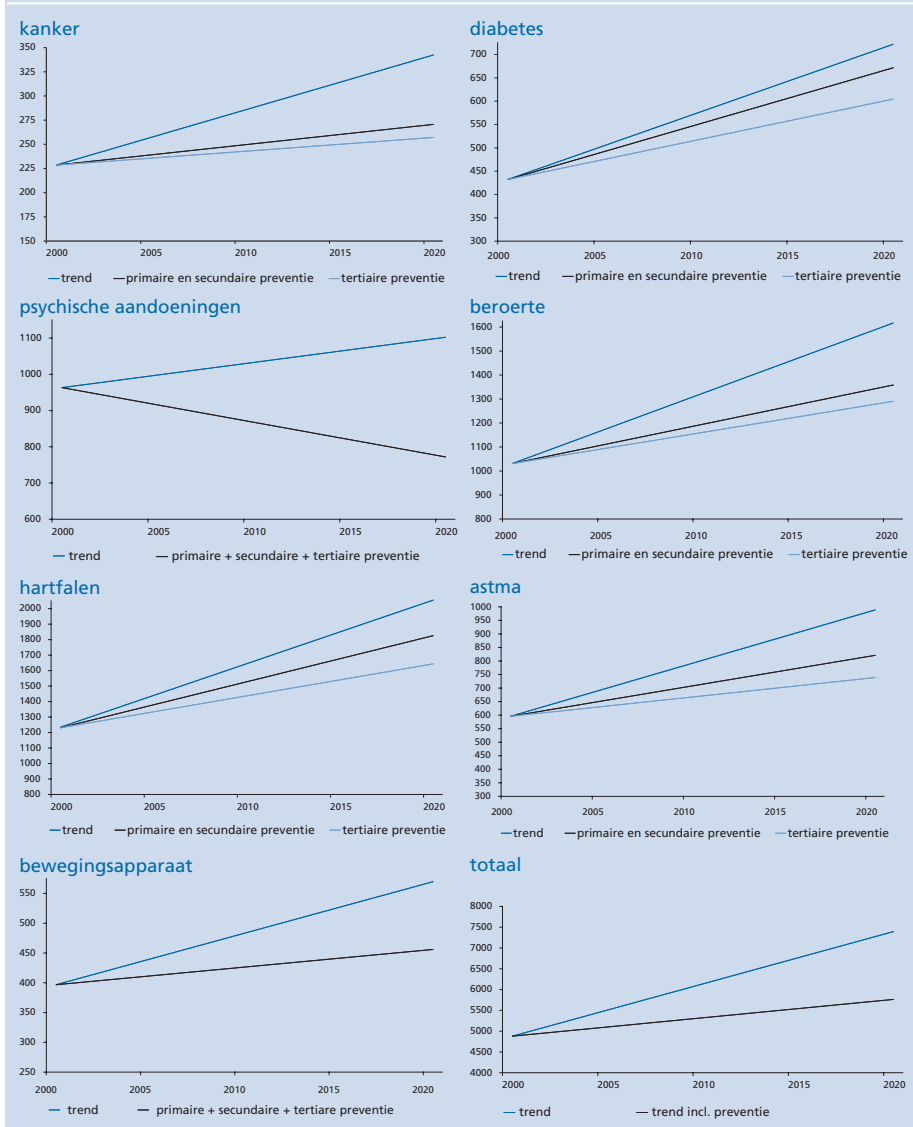
d. Gebaseerd op bereikte besparingen in voorbeeldprojecten.

Daarnaast is voor de zeven ziektecategorieën ook een schatting gemaakt van de extra besparingen die mogelijk zouden zijn door effectievere zelfzorg van patiënten (tertiaire preventie). In de figuren 5.1 t/m 5.8 zijn dezelfde besparingen ook nog eens grafisch weergegeven.



Uit de tabel blijkt dat ruim 20% kan worden bespaard op het budget van de zorguitgaven. Alleen al voor de zeven genoemde ziektecategorieën bedragen de besparingen bijna € 1,7 miljard (in euro's van 1999). In plaats van een uitgaven-groei met 50% bij ongewijzigd doortrekken van de trends, zouden de zorguitgaven tot 2020 dan met ongeveer 17% groeien. Met andere woorden, de uitgavengroei wordt tot ongeveer een derde teruggebracht.

figuren 5.1 t/m 5.8 Trendmatige ontwikkeling van zorgkosten en besparings-mogelijkheden door primaire, secundaire en tertiaire preventie



5.1 Maatschappelijke baten

Chronische ziekten leiden naast een beslag op de gezondheidszorg ook tot andere maatschappelijke kosten, zoals ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid kosten alleen al aan WAO-premies en loondoorbetaling bij ziekte ruim € 15 miljard per jaar. Elke procent vermindering hiervan door betere primaire, secundaire en tertiaire preventie betekent een maatschappelijke besparing van € 150 miljoen. Tabel 5.2 brengt dat in beeld. Natuurlijk staan hier ook kosten tegenover. Nader onderzoek moet uitwijzen welke vormen van preventie het meest kosteneffectief zijn.

Tabel 5.2 Besparingen op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid door 5% minder uitval als gevolg van inperking chronische ziekten

vermindering ziekteverzuim	
jaarlijkse kosten loondoorbetaling bij ziekte	€ 4,25 mrd
5% besparing door verminderd ziekteverzuim als gevolg van inperking chronische ziekten	€ 212 mln
verbetering inzetbaarheid chronisch zieken met een arbeidshandicap	
jaarlijkse premielasten arbeidsongeschiktheid	€ 11,0 mrd
5% besparing door verbeterde inzetbaarheid van mensen met een chronische aandoening op de arbeidsmarkt	€ 550 mln
totaal	€ 762 mln

Bron: NYFER

Het bevorderen van de inzetbaarheid van mensen met chronische aandoeningen in het arbeidsproces krijgt een extra dimensie in het licht van de recente discussie om mensen langer te laten doorwerken om de financiële gevolgen van de vergrijzing op te kunnen vangen. Op dit moment gaat een aanzienlijk deel van de beroepsbevolking al rond het zestigste jaar met VUT of prepensioen. Dat is de ook de leeftijd, waarop zich bij velen gezondheidsproblemen met een chronisch karakter beginnen te manifesteren. De gezondheid blijkt dan ook een belangrijke factor te zijn bij de beslissing het arbeidsproces te verlaten. Het beleid gericht op verhoging van de pensioenleeftijd of verlenging van het aantal arbeidzame jaren is gedoemd te mislukken, als het niet gepaard gaat met simultane maatregelen om de deelname van chronisch zieken aan het arbeidsproces te verhogen door verbeterde zelfzorg.



5.2 Conclusie

Door demografische en epidemiologische ontwikkelingen zal de ziektelast in Nederland in de komende vijftien jaar met vele tientallen procenten toenemen. Een deel daarvan is onvermijdelijk, maar een belangrijk deel is te voorkomen door betere preventie. Onder preventie moet daarbij zowel het wegnemen van oorzaken van chronische ziekten worden verstaan (primaire preventie), als vroege opsporing en behandeling (secundaire preventie) als adequaat handelen van patiënten zelf om verergering van de aandoening af te remmen of te voorkomen (tertiaire preventie).

Voor zeven belangrijke diagnosegroepen zijn in dit hoofdstuk schattingen gepresenteerd van de mogelijke besparingen op ziektekosten door primaire, secundaire en tertiaire preventie. In plaats van meer dan 50% toename bij ongewijzigd doorzetten van de trends, kan de groei tot 16% worden gereduceerd. Alleen voor de zeven genoemde groepen aandoeningen scheelt dat al € 1,7 miljard op de zorgkosten (in prijzen van 1999).

Naast besparingen op ziektekosten worden ook maatschappelijke besparingen gerealiseerd als mensen met chronische aandoeningen meer deelnemen aan het arbeidsproces en minder wegens ziekte hoeven te verzuimen. 5% reductie van het ziekteverzuim en vermindering van de WAO-instroom betekent een besparing van € 750 miljoen op WAO-premies en loondoorbetaling bij ziekte.

Om de genoemde besparingen te realiseren moeten primaire, secundaire en tertiaire preventie veel meer in het gezondheidszorgbeleid worden geïntegreerd. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen hoe kosteneffectieve preventieprogramma's zijn op te zetten. Behalve directe kostenbesparingen leveren de investeringen ook baten op in termen van gezondheidswinst (gezonde levensjaren en verbetering van de kwaliteit van leven). Deze baten zijn hier nog buiten beschouwing gebleven.

Dat preventieve, patiëntgerichte zorg zeer kosteneffectief kan zijn, is op zich zelf niet nieuw. Toch blijkt dergelijke zorg maar heel moeizaam van de grond te komen. Het volgende hoofdstuk gaat dieper in op de vraag of en onder welke voorwaarden de voorgenoemde hervormingen in de gezondheidszorg kunnen bijdragen tot een reorganisatie van het zorgaanbod in een richting die beter aansluit bij de sterke groei van het aantal chronisch zieken.





Draagt de nieuwe Zorgverzekeringswet bij aan effectieve en duurzame zorg?

In de nieuwe Zorgverzekeringswet krijgen zorgverzekeraars in belangrijke mate de regie over de allocatie van zorg. Zij treden op als inkopers van zorg en onderhandelingspartners van de zorgaanbieders als het gaat om de prijs, kwaliteit en organisatie van de zorg. De rol van individuele patiënten is beperkt tot die van verzekeringnemer en klant van de zorg. De wetsvoorstellen zullen zeker leiden tot een reorganisatie van de verzekeringsmarkt, maar het is nog onzeker in hoeverre zij ook een reorganisatie van het zorgaanbod kunnen bewerkstelligen. Biedt het wetsvoorstel oplossingen voor de knelpunten die hierboven zijn geschetst? Het antwoord op deze vraag hangt af van de ruimte en prikkels voor zorgvernieuwing en de manier waarop die gestuurd wordt.

6.1 Knelpunten in het zorgstelsel⁸⁹

Op het niveau van patiënten zijn de knelpunten in het huidige zorgstelsel evident:

- (i) de gezondheidszorg slaagt er niet in patiënten een belangrijke rol en medeverantwoordelijkheid te geven in het beheren van hun eigen gezondheidssituatie;
- (ii) zij slaagt er ook niet in laagdrempelige, integrale, hoogwaardige, duurzame zorg te organiseren, geconcentreerd rond de behoeften van patiënten.

In voorgaande hoofdstukken is al toegelicht dat het dagelijkse gedrag van chronische patiënten met betrekking tot medicijngebruik, beweging, voeding, roken, nachtrust, contact met zorgverleners e.d. minstens zo belangrijk en in veel gevallen belangrijker voor hun gezondheid is dan medische interventies alleen. Hoewel er voldoende wetenschappelijke kennis is over manieren om patiëntengedrag te beïnvloeden, therapietrouw te bevorderen of communicatie met zorgverleners te verbeteren, wordt deze kennis niet in de dagelijkse behandelpraktijk toegepast. Vaak zijn zorgverleners zich wel bewust van het belang van patiëntengedrag, maar voelen zij zich slecht toegerust om gedragsveranderingen te bewerkstelligen of

⁸⁹ De analyse in deze paragraaf sluit nauw aan bij WHO, 2002: *Innovative care for chronic conditions*, hoofdstuk 2.

zelfzorg te bevorderen. Ook zeggen zij vaak te weinig tijd te hebben om op kennislacunes of psychosociale problemen van patiënten en hun familie in te gaan.

Daarnaast is het belangrijk dat patiënten over goede informatie beschikken en de vaardigheden ontwikkelen om adequaat met hun ziekte om te gaan (*coping*). Patiënten moeten zich vrij voelen om zorgverleners vragen te stellen en worden aangemoedigd en ondersteund om de zelfzorg ter hand te nemen. Goede interactie tussen patiënten en zorgverleners heeft een bewezen positieve invloed op de gezondheidsresultaten bij chronische aandoeningen, zoals diabetes en hoge bloeddruk. Toch slaagt het gezondheidszorgstelsel er vaak niet in effectieve communicatie en stabiele, hoogwaardige *partnerships* tussen patiënten en zorgverleners tot stand te brengen. De patiënt als co-producent van gezondheid is een concept dat nog nauwelijks zijn weerslag heeft gehad in het zorgstelsel.

Op het meso-niveau – de organisatie van de zorg – liggen andere knelpunten. Zorgorganisaties, zoals ziekenhuizen, poliklinieken, gezondheidscentra en dergelijke, zijn er op ingericht om acute gezondheidsproblemen aan te pakken. In plaats van een geïntegreerde gezondheidszorg die zich richt op de behoeften van patiënten, is er een sterk gefragmenteerde zorg, die zich concentreert op het behandelen van acute aandoeningen. De financiering van de zorg is versnipperd over vele schijven, waarbij verschillende mensen en instanties verantwoordelijk zijn voor verschillende aspecten van de zorg. Ziekenhuiszorg is gescheiden van thuiszorg, specialistische hulp van eerstelijnszorg en medische zorg van ondersteunende dienstverlening zoals fysiotherapie en dieetbegeleiding. Bij een dergelijke fragmentatie is het moeilijk om consistente, gecoördineerde zorg aan chronische patiënten te bieden. Kosteneffectieve interventies die de ziektelast als gevolg van chronische aandoeningen zouden kunnen verminderen, blijven daardoor achterwege. De nadruk ligt vaak op dure, geavanceerde medisch-technologische ingrepen en medicijnen, ten koste van relatief eenvoudige strategieën die de zelfzorg van patiënten bevorderen.

Het derde knelpunt is gebrek aan preventie. Zorgorganisaties werken curatief in plaats van proactief en preventief. Zij bieden instant-hulp, maar ontwikkelen geen gezondheidsplannen voor de lange termijn. Dit is een ernstig gemis, omdat slecht management van chronische aandoeningen tot ernstige complicaties kan leiden. Voetamputaties bijvoorbeeld (3.000 per jaar in Nederland) zijn een typische uitkomst van verwaarloosde diabetes. Voorkoming hiervan vereist echter



een gezondheidszorg, die georganiseerd is op basis van langetermijnbegeleiding en preventie in plaats van behandeling van complicaties. In de huidige organisatie van de zorg moeten er eerst complicaties ontstaan, voordat zorgverleners in actie komen.

Veel chronische aandoeningen zijn te voorkomen of in ernst te verminderen door preventie. Met sociaal-medische ondersteuning kunnen patiënten hun gedrag aanpassen in een richting die het ontstaan van chronische aandoeningen voorkómt of de progressie afremt en complicaties vermindert als de ziekte zich al heeft geopenbaard. Preventie en bevordering van gezond gedrag zouden standaard onderdeel moeten uitmaken van elk zorgplan, maar zijn beslist nog geen routine in de praktijk.

Door de dubbele last van enerzijds acute zorg en anderzijds een sterke toename van chronische aandoeningen, zien politici en bestuurders zich geplaagd voor sterk oplopende gezondheidszorgkosten. Vasthouden aan het verouderde, gefragmenteerde zorgmodel leidt tot steeds grotere inefficiënties: de uitgaven zullen sterk blijven stijgen maar de gezondheidsresultaten zullen niet verbeteren. Daardoor zal de nadruk steeds meer op kostenbeheersing komen te liggen in plaats van kwaliteitsbevordering door geïntegreerde zorg. De WHO stelt dat alleen een drastische hervorming van het zorgstelsel, waarbij het zorgaanbod wordt toegespitst op de veranderde zorgvraag, een uitweg uit dit dilemma kan bieden. De uitdaging is om nieuwe zorgvormen te ontwikkelen, die betere gezondheidsresultaten opleveren en tegelijk kosteneffectief zijn.

6.1 Verzekeraars in een sleutelrol

De plannen van het kabinet voor een nieuw zorgstelsel behelzen in de kern een herschikking van verantwoordelijkheden en bevoegdheden over de inrichting van de zorg tussen overheid, verzekeraars en zorgaanbieders. De verzekeraar die zich door een doelmatige zorginkoop en een goede dienstverlening van zijn concurrenten weet te onderscheiden, kan marktaandeel winnen. Het kabinet verwacht dat de scherpere concurrentie tussen verzekeraars ertoe zal leiden dat verzekeraars hogere eisen gaan stellen aan zorgaanbieders, zowel kwalitatief als financieel. Omdat zorgaanbieders niet meer automatisch kunnen rekenen op afname van hun diensten (afschaffing van de contracteerplicht), zullen ook zij meer prestatiege-

richt moeten gaan werken. Daarbij krijgen zij meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en maatwerk te leveren.⁹⁰

In theorie biedt de introductie van meer concurrentieprikkels in de zorg mogelijkheden om de zorg doelmatiger, meer klantgericht en kwalitatief beter te maken.⁹¹ Maar de relatie tussen kwaliteit en concurrentie in de zorg is complex en hangt samen met meerdere factoren die elkaar beïnvloeden. Marktverhoudingen, tariefstelling en de rol die kwaliteit speelt als keuzecriterium voor de patiënt, verzekeringnemer of verzekeraar zijn daarbij belangrijk.⁹² Of de nieuwe Zorgverzekeringswet daadwerkelijk een katalysator zal zijn voor ingrijpende herziening van het zorgstelsel, hangt af van drie factoren.

In de eerste plaats is belangrijk dat er voldoende *ruimte* is voor zorgvernieuwing. Op dit moment schort het daaraan nog. Voor een verschuiving van ziekenhuisnaar eerstelijnszorg zijn er nog diverse obstakels. Ziekenhuisbudgetten zijn nog voor een belangrijk deel gegarandeerd. De nieuwe Zorgverzekeringswet laat in het ongewisse, wanneer de contracteerplicht wordt opgeheven. Het is de vraag of de politiek geen slappe knieën krijgt, wanneer de zorgvernieuwing dreigt te resulteren in sluiting van ziekenhuizen en zorginstellingen die onvoldoende op de nieuwe marktverhoudingen weten in te spelen. Om dit dilemma te doorbreken zou het helpen om onderscheid te maken tussen spoedeisende zorgvoorzieningen en andere vormen van zorg. Voor spoedeisende zorgvoorzieningen kan de vereiste spreiding en beschikbaarheid politiek worden vastgesteld, los van marktoverwegingen. Volledige vrijheid voor verzekeraars om de regie te voeren over de overige zorgvoorzieningen (binnen de randvoorwaarden van kwaliteit en zorgplicht) wordt daarmee een minder beladen thema.

Een tweede voorwaarde is dat verzekeraars en zorgaanbieders de juiste *prikkels* voor zorgvernieuwing ondervinden. Voor gezonde verzekerden, die geen intensief gebruik van de zorg verwachten te maken – en dat is de meerderheid van de verzekerden – is een lage prijs voor hun verzekeringspolis belangrijker dan hoge kwaliteit van de geleverde zorg. De nadruk in de concurrentiestrijd kan daardoor gemakkelijk op prijs in plaats van kwaliteit komen te liggen.

⁹⁰ Tweede Kamer, 2004: Zorgverzekeringswet, Memorie van Toelichting, p. 4.

⁹¹ Cutler, 2002: 'Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical care reform'.

⁹² Gowrisankaran en Town, 2002: *Competition, payers and hospital quality*.



Naast inkomsten uit verzekeringspremies ontvangen verzekeraars vergoedingen uit het Zorgverzekeringsfonds. Dit is een vereveningsfonds, noodzakelijk om risicoselectie door verzekeraars tegen te gaan. Volgens het huidige wetsvoorstel vloeit meer dan de helft van alle ziektekostenpremies (in totaal zo'n € 15 miljard per jaar) in het fonds en wordt onder verzekeraars herverdeeld op basis van risicokenmerken in hun klantenbestand. Verzekeraars met veel 'dure' klanten (ouderen, mensen met een slechte gezondheid) krijgen veel uit de kas, verzekeraars met een jong en gezond klantenbestand krijgen weinig. De normen voor de risicoverevening bepalen in hoge mate welke prikkels verzekeraars ondervinden om te investeren in goede zorg voor bijvoorbeeld chronisch zieken.

Een derde voorwaarde is de *sturing* van zorgvernieuwing. Zorgverzekeraars behartigen de belangen van twee typen klanten: gezonde verzekerden en patiënten, of misschien beter: incidentele en chronische patiënten. De één wil lage kosten, de ander hoge kwaliteit van zorg. De opgave om kosten laag te houden, is verzekeraars wel toevertrouwd, maar hoe kwaliteit eruit ziet vergt andere deskundigheid, namelijk deskundigheid van patiënten en zorgaanbieders. Om veilig te stellen dat de zorgvernieuwing wordt afgestemd op wat de klant wil, is inbreng van patiënten nuttig, zonet noodzakelijk. Gezamenlijk optrekken van verzekeraars, zorgaanbieders en groepen patiënten biedt mogelijkheden voor een goede mix van kwaliteit en doelmatigheid.

6.2 Ruimte voor zorgvernieuwing

Cruciaal is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder de nieuwe Zorgverzekeringswet voldoende ruimte krijgen om nieuwe zorgvormen, beter aangepast aan de veranderde zorgvraag, te ontwikkelen. De voortekenen zijn wat dat betreft positief: vooruitlopend op de stelselwijziging worden onder de noemer *white label* diverse initiatieven ontplooid om nieuwe vormen van zorgaanbod te ontwikkelen, die in het 'gat in de markt' voor kwalitatief hoogstaande, patiënt-georiënteerde chronische zorg willen springen. Door die zorg efficiënt te organiseren, kunnen *white labels* goedkoper opereren dan het bestaande, gefragmenteerde aanbod. Dit maakt hen tot een aantrekkelijk alternatief voor verzekeraars.

De nieuwe financieringssystematiek, gebaseerd op diagnose-behandel-combinaties (dbc's) kan daarbij helpen. In die systematiek wordt voor patiënten met

een bepaalde diagnose van tevoren een standaardvergoeding afgesproken. Hoe zorgaanbieders de zorg leveren, wordt aan hun eigen professionaliteit overgelaten. Dit schept ruimte voor zorgaanbieders om nieuwe, kwalitatief betere en kosteneffectieve vormen van zorg te ontwikkelen. Tegelijkertijd kleeft er aan de financieringsystematiek via dbc's ook een risico, namelijk dat samenwerking over de muren van de eigen instelling of zorgpraktijk heen, wordt bemoeilijkt. Wanneer voor de behandeling van diabetespatiënten ziekenhuizen, fysiotherapeuten, diëtisten, huisartsen en wijkverpleegkundigen moeten samenwerken, moeten zij eerst overeenstemming bereiken over de verdeling van de kosten en opbrengsten. Nu al komt samenwerking vaak moeilijk van de grond, maar dat zal nog veel moeilijker worden als er voortdurend over het geld moet worden onderhandeld.

In een dergelijke markt zijn de beste kansen voor zorgorganisaties, die integrale zorg kunnen aanbieden voor specifieke aandoeningen. Organisaties, met andere woorden, die de coördinatieproblemen al hebben opgelost. Grote, multifunctionele instellingen, zoals de huidige ziekenhuizen, die alle vormen van zorg aanbieden, zullen het daarbij veel moeilijker hebben dan nieuwe kleinschalige initiatieven die zich op een bepaald type zorg concentreren. Door hun beperkte schaal en specialisatie kunnen zij slagvaardiger, klantgerichter en waarschijnlijk ook met betere gezondheidsresultaten werken. De praktijk zal moeten uitwijzen in hoeverre dat het geval is. Belangrijk is in elk geval dat initiatieven die de gevestigde medische orde doorbreken, kans krijgen zich te bewijzen.

6.3 Prikkel voor zorgvernieuwing

6.3.1 Kwaliteit door keurmerken

In de gezondheidszorg is informatie over hoe bedreven zorgaanbieders zijn in de behandeling van bepaalde aandoeningen en de resultaten die zij daarbij boeken, niet beschikbaar. In plaats daarvan moet de patiënt afgaan op mond-tot-mond reclame of zich gemakshalve neerleggen bij de verwijzing door de huisarts, die misschien andere motieven of zorgen aan zijn hoofd heeft. Intussen blijkt uit allerlei onderzoek dat er grote lokale en regionale verschillen zijn in wijzen van behandeling en gezondheidsresultaten voor specifieke klachten en aandoeningen. Goede informatie stelt vragers in staat om te kiezen voor de dienstverlening die



het best bij hun voorkeuren aansluit en dwingt aanbieders om zich zelf met concurrenten te vergelijken.

Om de zorg- en verzekeringsmarkt transparanter te maken voor verzekerden en consumenten, zijn verschillende projecten gestart, zoals de Balanced Score Card, die verzekeraars vergelijkt, en het project Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen, dat zich op ziekenhuizen richt. Het is de vraag of deze projecten de informatie opleveren, waar patiënten het meest behoefte aan hebben: kwaliteitsinformatie met betrekking tot de behandeling van specifieke aandoeningen.

In de consumentenmarkt zijn *keurmerken* een middel om de informatie-asymmetrie tussen consumenten en leveranciers te verminderen. Een consument die kiest voor een leverancier die het keurmerk voert, kan er op rekenen dat een bepaalde kwaliteit gewaarborgd is. Het KEMA-keur bijvoorbeeld, garandeert dat een product op elektrische veiligheid is gekeurd. Het keurmerk is voor leveranciers een belangrijk marketinginstrument en spoort hen aan bijzondere aandacht te besteden aan de kwaliteitsaspecten die onder het keurmerk vallen. Vanzelfsprekend moeten keurmerken aan strenge eisen voldoen ten aanzien van eenduidigheid, onafhankelijkheid, betrouwbaarheid e.d., willen zij geloofwaardig zijn.⁹³

In de gezondheidszorg kunnen keurmerken voor zorgaanbieders, die voldoen aan specifieke eisen met betrekking tot de kwaliteit van hun dienstverlening, consumenten helpen bij het bepalen van hun keuze. Bovendien dwingen ze aanbieders bijzondere aandacht te besteden aan de kwaliteitsaspecten die door het keurmerk worden gedekt. Patiëntenorganisaties kunnen een belangrijke rol vervullen in het helpen ontwikkelen en toekennen van dergelijke keurmerken voor specifieke aandoeningen. Het toekennen van keurmerken is daarmee een middel om de invloed van patiënten (groepen) op de kwaliteit van het zorgaanbod te verankeren in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Daarmee kan bijvoorbeeld worden gewaarborgd dat zorgaanbieders integrale zorg aanbieden en investeren in preventie en verbeterd zelfmanagement van patiënten. Dit is ook van groot belang voor nieuwe aanbieders (zoals *white labels*), om vertrouwen van de zorggebruikers te winnen en daarvoor niet afhankelijk te zijn van bestaande aanbieders (de concurrent).

⁹³ Liubicic, 1998: Corporate codes of conduct and product labeling schemes, in: *Law and Policy in International Business*.

Vanzelfsprekend moeten hoge eisen worden gesteld aan dergelijke keurmerken. Er zijn ook vele voorbeelden van zelfontworpen ‘kwaliteitsstempels’, die de suggestie wekken van onafhankelijk getoetste kwaliteitsbewaking, maar niets anders zijn dan logo’s die organisaties zich zelf als marketinginstrument toekennen.

6.3.2 Risicoverevening

De nieuwe Zorgverzekeringswet voorziet in een vereveningsfonds, dat compenseert voor ongelijke verdeling van risico’s in de verzekerdenpopulatie van zorgverzekeraars. Risicoverevening is een noodzakelijk complement van de acceptatieplicht en een instrument om risicoselectie tegen te gaan bij verzekeraars die concurrerend moeten opereren. Om de neiging tot risicoselectie bij verzekeraars weg te nemen, moet het vereveningsfonds adequaat compenseren voor risicoverschillen in het klantenbestand.

Tegelijkertijd ontnemt een te royale verevening verzekeraars de prikkel om te innoveren en actief te zoeken naar een grotere doelmatigheid in het zorgaanbod. Dit lijkt het geval te zijn bij de vereveningssystematiek, zoals die nu al functioneert op de ziekenfondsmarkt. De nadruk in dit vereveningssysteem is met de tijd steeds verder verschoven van *risico*- naar *kosten*verevening, onder andere door de invoering van de Farmacie- en Diagnose Kosten Groepen.⁹⁴ Wanneer de nadruk op daadwerkelijk gemaakte kosten de verevening op basis van risico’s gaat overheersen (een trend die de laatste jaren in de vereveningssystematiek wordt gesignaleerd⁹⁵), is er zelfs sprake van een perverse prikkel: uitgaven aan chronische patiënten met complicaties (en dus hoge kosten) worden immers wel gecompenseerd, investeringen in preventie en gezondheidswinst niet.

De afspraken rond verevening luisteren dus nauw: enerzijds moeten zij voldoende zijn om te voorkomen dat ‘dure’ klanten, zoals chronische patiënten, worden geweerd door de verzekeraar. Anderzijds moeten verzekeraars niet op hun lauweren kunnen rusten omdat alle meerkosten worden vergoed, ongeacht of die uit grotere gezondheidsrisico’s of uit inefficiënties in de zorg voortvloeien.

⁹⁴ Voor een uitgebreidere bespreking van deze thematiek, zie: NYFER, 2004: *Gezondheidszorg en welvaart*, hoofdstuk 6.

⁹⁵ Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel (WOVM), 2003: *Advies aan de minister van VWS over de aanpassingen in het verdeelmodel per 1 januari 2004*. WOVM 617.



Met risicoverevening kan de overheid ook andere doelen nastreven dan alleen het wegnemen van de prikkel voor risicoselectie. Het is ook mogelijk om juist de selectie te stimuleren van wat op een vrije markt slechte risico's zouden zijn. Hier toe kan de normuitkering voor bijvoorbeeld ouderen of chronisch zieken hoger worden gesteld dan het feitelijke risico. Op die manier krijgen verzekeraars een financieel belang om zich te richten op voorheen moeilijk verzekerbare groepen. De praktijk moet uitwijzen of oververevening noodzakelijk is om de slechte risico's voor verzekeraars aantrekkelijk te maken. Waarschijnlijk is een normale verevening al voldoende om dure klanten aantrekkelijker te maken dan de goedkope, omdat juist bij intensieve gebruikers van zorg belangrijke doelmatigheidswinsten kunnen worden behaald bij de zorginkoop en door verbetering van de organisatie van de zorg.

Wat in elk geval moet worden voorkomen is dat het vereveningssysteem wordt gebruikt voor het in stand houden van inefficiënte zorginstellingen of -voorzieningen.

6.3.3 Prikkel voor preventie

Preventie moet een sleutelrol spelen in de strijd tegen chronische ziekten. Maar in een markt, waarin verzekerden voortdurend van verzekeraar wisselen, worden verzekeraars ontmoedigd om in preventie te investeren. De zorgverzekeraar bijvoorbeeld, die investeert in *empowerment* van een patiënt, loopt het risico dat de baten daarvan naar zijn concurrent gaan die niet in *empowerment* heeft geïnvesteerd en daardoor misschien (op korte termijn) goedkoper uit is. In de Verenigde Staten wordt dat als een van de redenen gezien waarom verzekeraars de mogelijkheden van verbeterd zelfmanagement niet méér uitbuiten.⁹⁶ In Nederland is het overstappercentage van verzekerden belangrijk lager dan in de VS, en weegt dit argument wellicht minder zwaar. Toch is het belangrijk om ook hier nader te onderzoeken of zorgverzekeraars de juiste prikkels ondervinden om in preventie te investeren.

In dit licht is het verheugend dat enkele zorgverzekeraars reeds initiatieven hebben genomen om positief gedrag te belonen. Zo keert Agis sinds kort een bonus

⁹⁶ Millbank Memorial Fund, 1999: Patients as effective collaborators in managing chronic conditions

uit aan zorgverleners, die er in slagen dagelijkse gezondheidsindicatoren van diabetespatiënten stabiel te houden of te verbeteren. En zorgverzekeraar VGZ heeft verzekerden die kiezen voor gezonde voeding, een bonus in het vooruitzicht gesteld. Hoewel marketing-overwegingen bij deze initiatieven een belangrijke rol zullen hebben gespeeld, sluiten zij aan bij de notie van patiënten als co-producten van gezondheid. Eigen inspanning en eigen verantwoordelijkheid zijn cruciaal om gezondheidsindicatoren gelijk te houden of te verbeteren.

6.4 Sturing van zorgvernieuwing

Hierboven is beschreven dat de belangen van verzekeraars en patiënten niet per definitie parallel lopen omdat verzekeraars met twee typen klanten te maken hebben: verzekerden die een voorkeur hebben voor zo laag mogelijke poliskosten en verzekerden met een voorkeur voor zo hoog mogelijke zorgkwaliteit. In een markt die wordt gedomineerd door prijsconcurrentie kunnen verzekeraars die hoge kwaliteit willen bieden, uit de markt worden gedreven. Collectieve contracten kunnen een middel zijn om de belangen van patiënten/zorggebruikers systematischer in het beleid van verzekeraars te incorporeren.

Individuele verzekerden die niet tevreden zijn over het kwaliteitsbeleid van hun verzekeraar, kunnen op de vrije markt kiezen voor een andere verzekeraar. In de praktijk blijkt dat individuele verzekerden niet zo snel geneigd zijn naar een andere zorgverzekeraar over te stappen. Bovendien kan de aanvullende verzekering, waarvoor geen acceptatieplicht geldt, een obstakel zijn om van verzekeraar te wisselen. De onderhandelingsmacht van patiënten/verzekerden jegens verzekeraars kan worden vergroot door collectieve contracten. Wanneer collectiviteiten zich op een regionale markt van de dominante verzekeraar afkeren, gaat daar een veel sterkere prikkel van uit dan wanneer individuele verzekerden weglopen. Alleen al de dreiging dat collectiviteiten van verzekeraar zullen wisselen wanneer de prijs/kwaliteitsverhouding te wensen overlaat, is voldoende om verzekeraars scherp te houden op hun inkoopmarkt en te zorgen dat zij de kwaliteit van het zorgaanbod in de gaten houden.

Het bovenstaande kan ook positiever worden geformuleerd. Georganiseerde patiëntengroepen, die een collectief contract hebben gesloten met een verzekeraar, kunnen in samenspraak met die verzekeraar bepalen op welke wijze de zorg voor



bijvoorbeeld hart- of carapatiënten in de regio het best kan worden georganiseerd. Daarbij zullen zorgvernieuwingen zoals hierboven besproken al snel aan de orde komen. De verzekeraar die integrale zorg weet te organiseren voor specifieke patiëntengroepen, kan rekenen op een dankbaar en trouw klantenbestand. Voor individuele verzekerden is het onmogelijk dergelijke zorgvernieuwingen te bewerkstelligen.

In de VS is gebleken, dat druk van collectiviteiten noodzakelijk was om zorgvernieuwingen af te dwingen. Daar waren het werkgevers, die verzekeraars onder druk zetten om betere arrangementen te ontwikkelen met betrekking tot het tegengaan van verzuim en ziektekosten voor hun werknemers. Verzekeraars gingen vervolgens met zorgaanbieders aan de slag om tegemoet te komen aan de vragen van hun opdrachtgevers. Dat leidde niet alleen tot kostenbesparingen, maar ook tot kwaliteitswinst door een betere organisatie van de zorg (*managed care*).

Uit een onderzoek van Altman, Cutler en Zeckhauser onder 200.000 verzekerden in de VS bleek, dat de zorguitgaven voor werknemers die onder collectieve contracten vielen, 40% lager waren dan die voor werknemers met een individuele ziektekostenverzekering.⁹⁷ De verklaring hiervan was niet dat er verschillen waren in de intensiteit van behandeling van werknemers met ernstige aandoeningen, zoals hartziekten, verschillende vormen van kanker en diabetes, en ook niet bij bevalingen. Met andere woorden, de afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders in het kader van *managed care* leidden niet tot beknibbelen op dure behandelingen voor verzekerden. Ongeveer de helft van het verschil werd veroorzaakt doordat de genoemde aandoeningen onder collectief verzekerden minder voorkwamen (werknemers met een collectief contract waren een gezondere deelpopulatie dan werknemers zonder contract). De andere helft van het verschil zat er in, dat collectieve contracten leidden tot lagere prijzen voor dezelfde behandeling.

Hoe kan *managed care* deze kostenbesparingen hebben bereikt zonder dat dit ten koste is gegaan van de kwaliteit van de zorg? Eén belangrijke reden is dat *managed care* prikkels bevat om voortschrijdende ziekten, zoals kanker en diabetes, al vroegtijdig op te sporen, voordat zij in een stadium komen waarin behandeling veel kostbaarder is. Een andere reden is dat *managed care* veel heeft bijgedragen

⁹⁷ Altman, Cutler en Zeckhauser, 2000: *Enrollee mix, treatment intensity, and cost in competing indemnity and HMO plans*.

tot de introductie van kwaliteitsmetingen en behandelprotocollen. Deze maatregelen zorgen voor meer uniforme behandelwijzen, die niet alleen kwalitatief beter, maar ook goedkoper zijn. In de derde plaats zorgt *managed care* voor een betere afstemming tussen behandelaars, waardoor afzonderlijke ingrepen beter op elkaar aansluiten. Ook is er een betere uitwisseling van medische dossiers van patiënten en worden veel onnodige (dubbele) onderzoeken vermeden.

Ondanks deze positieve resultaten ligt *managed care* in de VS sterk onder vuur. Er is met name veel kritiek op het feit dat collectieve contracten de keuzemogelijkheden voor werknemers hebben verminderd vanwege de verplichting om de zorg te betrekken van door de verzekeraar of de werkgever geselecteerde voorkeursaanbieders (*preferred providers*). Veel Amerikanen hebben moeite om te accepteren dat anderen – in casu de verzekeraar of de werkgever – bepalen welke zorg wordt ingezet. In het geval van collectieve contracten door patiëntenverenigingen met verzekeraars speelt dit bezwaar een minder grote rol, omdat de kans op belangen tegenstelling tussen patiënten en hun patiëntenvereniging geringer is dan tussen werkgevers en werknemers.

6.5 Conclusie

De nieuwe Zorgverzekeringswet geeft private zorgverzekeraars, die winst beogen, prikkels om doelmatiger zorg in te kopen. Doelmatige inkoop komt immers direct ten goede aan het bedrijfsresultaat of kan aan klanten worden doorgegeven in de vorm van premieverlagingen waardoor het marktaandeel groeit. Onzeker is wat de concurrentie op de zorginkoopmarkt gaat betekenen voor de kwaliteit van het zorgaanbod. De wet vertrouwt erop dat dreigend klantenverlies verzekeraars voldoende zal aansporen om ook scherp op de kwaliteit van de geleverde zorg te blijven letten, maar het is de vraag of die prikkel voldoende sterk is. In de praktijk blijkt de mobiliteit van verzekerden beperkt te zijn. Bovendien kunnen aanvullende verzekeringen, waarvoor geen acceptatieplicht geldt, een beletsel vormen om van verzekeraar te wisselen. In zo'n marktconstellatie kunnen prijsvechters gemakkelijk de overhand krijgen boven verzekeraars die zich proberen te onderscheiden door zorgvernieuwing en hoge kwaliteit.

De nieuwe Zorgverzekeringswet geeft private zorgverzekeraars, die winst beogen, prikkels om doelmatiger zorg in te kopen. Doelmatige inkoop komt immers di-



rect ten goede aan het bedrijfsresultaat of kan aan klanten worden doorgegeven in de vorm van premieverlagingen waardoor het marktaandeel groeit. Onzeker is wat de concurrentie op de zorginkoopmarkt gaat betekenen voor de kwaliteit van het zorgaanbod. De wet vertrouwt erop dat dreigend klantenverlies verzekeraars voldoende zal aansporen om ook scherp op de kwaliteit van de geleverde zorg te blijven letten, maar het is de vraag of die prikkel voldoende sterk is. In de praktijk blijkt de mobiliteit van verzekerden beperkt te zijn. Bovendien kunnen aanvullende verzekeringen, waarvoor geen acceptatieplicht geldt, een beletsel vormen om van verzekeraar te wisselen. In zo'n marktconstellatie kunnen prijsvechters gemakkelijk de overhand krijgen boven verzekeraars die zich proberen te onderscheiden door zorgvernieuwing en hoge kwaliteit.

Om zorgvernieuwing die aansluit bij de behoeften van patiënten, te bewerkstelligen, kunnen collectieve contracten een belangrijk middel zijn. In dergelijke contracten kunnen patiëntenorganisaties en verzekeraars bepalen, hoe de zorg voor bijvoorbeeld hart- of carapatiënten in de regio het best kan worden georganiseerd. Voor individuele verzekerden is het onmogelijk dergelijke zorgvernieuwingen te bewerkstelligen.

Een ander instrument om verzekeraars te prikkelen tot kwaliteitszorg zijn kwaliteitskeurmerken, die door patiëntenorganisaties worden toegekend aan zorgaanbieders die aan zorgvuldig gespecificeerde kwaliteitseisen voldoen. Keurmerken zijn een middel om de markt doorzichtiger te maken en sporen marktpartijen aan om bijzondere aandacht te schenken aan de aspecten van zorg die door het keurmerk worden gewaarborgd.

Cruciaal voor de werking van de verzekeringsmarkt is ook de wijze van risicoverevening tussen verzekeraars. Risicoverevening is een noodzakelijk complement van de acceptatieplicht en een instrument om risicoselectie tegen te gaan bij verzekeraars die concurrerend moeten werken. Om de neiging tot risicoselectie bij verzekeraars weg te nemen, moet het vereveningsfonds adequaat compenseren voor risicoverschillen in het klantenbestand. De afspraken rond de wijze van verevening luisteren nauw: enerzijds moeten de vergoedingen uit het vereveningsfonds voldoende zijn om te voorkomen dat verzekeraars 'dure' klanten, zoals ouderen en chronisch zieken, proberen te weren; anderzijds moeten verzekeraars prikkels blijven voelen om de zorg efficiënt te organiseren. Verevening vooraf op basis van gemiddelde kosten per risicoprofiel biedt daartoe betere voorwaarden

dan verevening op basis van werkelijke kosten achteraf. In elk geval moet worden voorkomen dat het vereveningssysteem wordt gebruikt voor het in stand houden van inefficiënte zorginstellingen of -voorzieningen.

Ten slotte moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder de nieuwe Zorgverzekeringswet voldoende ruimte krijgen om nieuwe zorgvormen, beter aangepast aan de veranderde zorgvraag, te ontwikkelen. Regelgeving en financiële kaders die daarvoor belemmerend werken, moeten worden losgelaten. Zorgvernieuwing betekent in veel gevallen een fundamentele herschikking van het aanbod: nieuwe producten, nieuwe organisatievormen en nieuwe aanbieders. Nieuwkomers op de markt, en de daaruit voortkomende concurrentiedreiging, zullen daarbij een grote rol moeten spelen, om gevestigde partijen in beweging te krijgen. Het is dan ook essentieel dat wet- en regelgeving hiervoor ruimte bieden, door bijvoorbeeld. vrije toetreding (mits aan alle kwaliteitseisen is voldaan) en vrij onderhandelbare inkoop en prijzen van zorgproducten toe te staan. Niet door centrale regelgeving, maar door een flexibele afstemming tussen vraag en aanbod zal het zorgstelsel meer vraaggericht worden.



Literatuur

Ades, P.A., D. Huang, S.O. Weaver, 1992: 'Cardiac rehabilitation participation predicts lower hospitalization costs', in: *American Heart Journal*, vol. 123, p. 916-921

Altman, D., D.M. Cutler en R. Zeckhauser, 2000: *Enrollee mix, treatment intensity, and cost in competing indemnity and HMO plans*, NBER Working Papers no. 7832

Baan, C.A. en E.J.M. Feskens, 2001: 'Preventie van diabetes mellitus type 2', in: *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, jg. 145, p. 1677-1680

Baan, C.A. en E.J.M. Feskens, 2004: 'Diabetes mellitus samengevat', in: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven

Balkom, A.J.L.M. van, R. van Dyck, 2004: 'Angststoornissen samengevat', in: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven

Ballegooie, E. van en J.T.E. van Everdingen, 2000: 'CBO-richtlijnen over diagnostiek, behandeling en preventie van complicaties bij diabetes mellitus: retinopathie, voetulcera, nefropathie en hart- en vaatziekten', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 144, p. 413-418

Berg Jeths, A. van den, J.M. Timmermans, N. Hoeymans, I.B. Woittiez, 2004: *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*, RIVM/SCP, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Bijl, R.V. en C. de Rijk, 2004: 'Depressie samengevat', in: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven

Boezen, H.M., D.S. Postma en H.A. Smit, 2004: 'Astma en COPD samengevat', in: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven

Bolton, M.B., B.C. Tilley, J. Kuder, T. Reeves en L.R. Schultz, 1991: 'The cost and

effectiveness of an education program for adults who have asthma', in: *Journal of General Internal Medicine*, vol. 6, no 5, p. 401-407

Brink-Muinen, A. van den, A.M. van Dulmen, F.G. Schellevis en J.M. Bensing (red), 2004: *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Oog voor communicatie: huisarts en patiënt*, Nivel, Utrecht

Centraal Bureau Rijvaardigheid, 2002: *Diabetes en het rijbewijs*

Cox, D.J., L. Gonder-Frederick, D.M. Julian en W.L. Clarke, 1994: 'Long-term follow up evaluation of blood glucose awareness training', in *Diabetes Care*, vol. 17, p. 1-5

Cox, D.J., L. Gonder-Frederick, W. Polonsky, D. Schlundt, B. Kovatchev, W. Clark, 2001: 'Blood glucose awareness training. Long-term benefits', in: *Diabetes Care*, vol. 24, p. 637-642

Cutler, D., 2002: 'Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical care reform', in: *Journal of Economic Literature*, vol. 40, nr. 3, p. 881-906

Dirkmaat, T., M.L.L. van Genugten, G.A. de Wit, 2003: *De kosteneffectiviteit van preventie. Een verkennende studie*, RIVM rapport 260601001, RIVM, Bilthoven

Donaldson, L., 2003: 'Expert patients usher a new era of opportunity for the NHS', in: *British Medical Journal*, vol. 326, p. 1279-1280

Fakiri, F. El, M. Foets, M. Rijken, 2003: 'Health care use by diabetic patients in the Netherlands: patterns and predicting factors', in: *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 61, p. 199-209

Ferguson, T., 2000: 'Online patient-helpers and physicians working together: a new partnership for high quality care', in: *British Medical Journal*, vol. 321, p. 1129-1132

Feskens, E.J.M. en J.W. Deckers, 2004: 'Coronaire hartziekten samengevat', in: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, RIVM, Bilthoven



Georgiou, D., Y. Chen, S. Appadoo, R. Belardinelli, R. Greene, M.K. Parides, S. Glied, 2001: Cost-effectiveness analysis of long-term moderate exercise training in chronic heart failure, in: *American Journal of Cardiology*, vol. 87, no. 8, p. 984-988

Gezondheidsraad, 2002: *Rijgeschiktheid van mensen met diabetes mellitus*, Gezondheidsraad, Den Haag

Ghosh, C.S, P. Ravindran, M. Joshi en S.C. Stearns, 1998: 'Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics', in: *Social Sciences Med.*, vol. 48, no 8, p. 1087-1093

Gowrisankaran, G. en R. Town, 2002: *Competition, payers and hospital quality*, NBER Working Papers no. 9206

Heijmans, M., L. Peters, M. Rijken en P. Verhaak, 2003: 'Ziek zijn eist zijn tol', in: *Medisch Contact*, jg. 58, nr. 30/31

Hoes, A.W. en A. Mosterd, 2004: 'Hartfalen samengevat'; in: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven

Holman, H. en K. Lorig, 2000: 'Patients as partners in managing chronic disease', in: *British Medical Journal*, vol. 320, p. 526-527

Jacobs, C., R.D. Ross, I.M. Walder en F.E. Stockdale, 1983: 'Behaviour of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer support groups', in: *American Journal of Clinical Oncology*, vol. 6, p. 347-353

Kampman, E. en A. Cats, 2004: 'Dikkedarm- en endeldarmkanker samengevat', in: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven

Koes, B.W., 2004: 'Nek- en rugklachten samengevat', in: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven

Lewin, B., I.H. Robertson, E.L. Cay, J.B. Irving, M. Campbell, 1992: 'Effects of self-help post-myocardial infarction rehabilitation on psychological adjustments and use of health services', in: *Lancet*, vol. 339, p. 1036-1040

Lindert, H. van, M. Droomers en G.P. Westert, 2004: *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*, Nivel/RIVM, Utrecht, Bilthoven

Lorig, K.R., P.L. Ritter, V.M. Gonzalez, 2003: 'Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial', in: *Nurs Res*, vol. 52, no. 6, p. 361-369

McDuffie, R.H., L. Struck, A. Burshell, 2001: 'Empowerment for diabetes management', in: *The Ochsner Journal*, vol. 3, no 3

Millbank Memorial Fund, 1999: *Patients as effective collaborators in managing chronic conditions*

Ministerie van VWS, 2003: *Langer gezond leven. Ook een kwestie van goed gedrag*

NCCZ, 1999: *Van mogelijk naar noodzakelijk. Chronisch ziektenbeleid in de 21^e eeuw*.

Nelson, R., 1993: *National innovation systems. A comparative analysis*, Oxford University Press, New York

NYFER, 2004: *Gezondheidszorg en welvaart*, NYFER, Breukelen

Oers, J.A.M. van (ed.), 2002: *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*, RIVM rapport, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Olivarius, N, H. Beck-Nielsen, A. Andreasen, M. Horder, P. Pedersen, 2001: 'Randomized controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus', in: *British Medical Journal*, vol. 323, p. 970

Os, N. van, L.W. Niessen, M.A. Koopmanschap en J. van der Lei, 2000: 'Gedetailleerde raming van de maatschappelijke kosten van diabetes mellitus', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 144, p. 842-846

Polder, J.J., J. Takken, W.J. Meerdling, G.J. Kommer, L.J. Stokx, 2002: *Kosten van Ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld*, RIVM, Bilthoven



Porter, M.E., 1985: *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*, The Free Press, New York

Post, D., J. Tuinstra, en J.W. Groothoff, 2000: 'Zorgconsumptie van patiënten met diabetes mellitus. Een verkenning bij 2114 patiënten, in: *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 78, no. 6, p. 354-360

Redekop, K., M.A. Koopmanschap, G.E.H.M. Rutten, B. Wolffenbuttel, R.P. Stolk, L.W. Niessen, 2002: 'Resource consumption and costs in Dutch patients with type 2 diabetes mellitus', in: *Diabet Med*, vol. 19, p. 246-253

Rich, M.W., V. Beckham, C. Wittenberg, C.L. Leven, K.E. Freedland en R.M. Carney, 1995: A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failures, in: *New England Journal of Medicine*, vol. 333, p. 1190-1195

RIVM, 2002: VTV 2002: *Gezondheid op koers?*

Rizzo, J.A., D.I. Baker, G. McAvay, M.E. Tinetti, 1996: 'The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons', in: *Med Care*, vol. 34, p. 954-969

RVZ, 2002: *Gezondheid en gedrag*, RVZ, Zoetermeer

RVZ, 2003: *Van patiënt tot klant*, RVZ, Zoetermeer

Rijen, A.J.G. van, 2001: 'Patient empowerment door internet', in *NTMA*, nr. 104, juni 2001

Schoenbaum, M. e.a., 2001: 'Cost-effectiveness of practice initiated quality improvement for depression. Results of randomized controlled trial', in: *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, p. 1325-1335

SCP, 2000: *Rapportage gehandicapten 2000*, SCP, Rijswijk

Segal, L., 1998: 'The importance of patient empowerment in health reform systems', in: *Health policy*, vol. 44, p. 31-44

Seidell, J.C., 2001: 'Met welke ziekten en aandoeningen hangt overgewicht samen?' in: J.J. Polder et al., 2002: *Kosten van ziekten in Nederland*, RIVM, Bilthoven

Shachtman, N., 2000: 'Why doctors hate the internet', www.wired.com/news/culture

Siepman, T.A.M., en P.J. Koudstaal, 2004: 'Beroerte samengevat', in: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, RIVM, Bilthoven

Smit, H.A., 2002: 'Met welke ziekten en aandoeningen hangt roken samen?', in: J.J. Polder et al., *Kosten van ziekten in Nederland*, RIVM, Bilthoven.

Sprangers, R.L.H., F. Stam, H.E.C. Smid, I.M. Hellemans, 2004: 'Comprehensive life style intervention. Estimated primary and secondary preventive effect on cardiovascular diseases', in: *Netherlands Heart Journal*, oktober 2004

Thoolen, B., 2003: 'Hulp bij zelfzorg – diabetes onder de loep', in: *De psycholoog*, juli/augustus 2003

Tweede Kamer, 2004: Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet), Vergaderjaar 2003-2004, Kamerstuk 29 763, nr. 3, Memorie van Toelichting

Ven, N.C.W. van der, en F. Snoek, 2001: 'Diabetes de baas: ontwikkeling en toepassing van een groepsinterventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor patiënten met type 1 diabetes', in: *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, jg. 2, p. 172-192

Vermaat, K., 2002: 'Geïntegreerde zorg aan COPD-patiënten in de Utrechtse regio: leven met meer lucht', in: G. Schrijvers, N. Oudendijk, P. de Vries en M. Hageman, 2002: *Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, p. 107-116

Volkskrant, de, 12 mei 2004: Bonus voor betere hulp diabetici

Wells, K.B., C. Sherbourne, M. Schoenbaum en N. Duan, 2000: 'Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial', in: *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, no 2, p. 212-220



Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel (WOVM), 2003: *Advies aan de minister van VWS over de aanpassingen in het verdeelmodel per 1 januari 2004*, Rapport WOVM 617

WHO, 2002: *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action*, WHO, Geneve

Wong, A.L., J.Q. Harker, V.P. Lau, S. Shatzel, L.H. Port, 2004. 'Spanish arthritis empowerment program: a dissemination and effectiveness study', in: *Arthritis Rheum*, vol. 51, no 3, p. 332-336

Zandwijk, N. van, F.E. van Leeuwen, 2004: 'Longkanker samengevat', in: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, RIVM, Bilthoven

Websites

Centrum voor Ethiek en Gezondheid, *Eigen verantwoordelijkheid voor gezond gedrag*, www.ceg.nl

Heart Center Online, *Types of diabetes*, www.heartcenteronline.com/myheartdr/common/articles.cfm

Nivel, *Chronisch zieken: kort en bondig*, www.nivel.nl

RIVM, *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, www.rivm.nl

WHO, *Global strategy: overall goal and guiding principles*, www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en.html

