

# DE MUIS GAAT BRULLEN

*Project brengt patiënt aan de onderhandelingstafel*

Onder de nieuwe Zorgverzekeringswet worden zorgaanbieders afgerekend op de kwaliteit van hun werk, kopen zorgverzekeraars zo scherp mogelijk in en stemmen patiënten met hun voeten. Maar die voeten staan nog in de kinderschoenen.

**ROBERT CROMMENTUYN**

Sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet wordt er nogal wat gevraagd van de patiënt. Als calculerende consument wordt hij geacht verantwoorde keuzen te maken. Op basis van vergelijkbare informatie moet hij kiezen voor de juiste verzekeraar en de juiste behandelaar. Door altijd te kiezen voor de beste zorg tegen de laagste prijs, zet hij zorgaanbieders en -verzekeraars aan tot permanente kwaliteitsverbetering.

In theorie klinkt dat goed, maar in de praktijk loopt het nog niet zo'n vaart met de sturende invloed van de patiënt. Sterker nog, patiënten hebben weinig tot niets in de melk te brokkelen. Volgens de bedenkers van de Zorgverzekeringswet moet dat anders. Vandaar dat er tal van projecten zijn die tot doel hebben de positie van de patiënt te versterken. Veel

van die projecten zijn verenigd in het project 'Zekere zorg' van Stichting Fonds Patiënten-, Gehandicapten- en Ouderenorganisaties (PGO) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) (zie kader 1).

Een van de grote projecten is de pilot Zorginkoop. Hierbij is het de vraag hoe zorgverzekeraars patiëntenervaringen en -wensen direct kunnen laten meewegen bij de zorginkoop. Aan het project doen de zorgverzekeraars Agis en Menzis mee, diverse patiëntenverenigingen (voor onder meer prostaatkan-

pelende patiëntenorganisatie NPCF niet geschikt. In het proefproject zitten daarom categorale patiëntenverenigingen aan de onderhandelingstafel.

Het project is in januari gestart. In de eerste fase bespreken de patiëntenverenigingen met medisch specialisten en andere betrokken zorgverleners de wenselijke verbeteringen en veranderingen. De medisch specialisten stellen vervolgens een verbeterplan op dat wordt uitgevoerd op kosten van de zorgverzekeraars. In november moeten de afgesproken verbeteringen zijn doorgevoerd.

## *Elk ziekenhuis kan eigen accenten leggen*

ker en spierziekten), koepelorganisaties, vijf ziekenhuizen in de regio Utrecht (drie van de AntoniusMesosGroep, het Diakonessenhuis en UMC Utrecht) en vijf ziekenhuizen in Groningen (Refaja in Stadskanaal, Delfzicht in Delfzijl, st. Lucas in Winschoten en UMCG en het Martini in Groningen).

### **ONDERHANDELINGSTAFEL**

Volgens kwaliteitsmanager Aldien Poll van Agis is het nog lang niet eenvoudig om patiënteninvloed bij de zorginkoop een rol te laten spelen. 'Wij hebben bedacht dat de contractonderhandelingen tussen verzekeraar en zorgaanbieder daarvoor hét moment zijn. Om toegang te bieden tot het primaire proces is het niveau van de overkoe-

Die verbeteringen worden vervolgens tijdens de inkoopbesprekingen contractueel vastgelegd.

Volgens Poll kan elk ziekenhuis eigen accenten leggen. 'Om de zorg bij prostaatanker als voorbeeld te nemen: het ene ziekenhuis kan zich concentreren op verbetering van de informatievoorziening en het andere op verbetering van de psychosociale zorg. Door de procedure enkele jaren vol te houden, moet het op niet al te lange termijn mogelijk zijn om het beste ziekenhuis aan te wijzen voor patiënten met prostaatanker. Dat wordt dan de *preferred provider*.'

Niet alle ziekenhuizen zullen kunnen uitgroeien tot *preferred provider*. Er zullen ook achterblijvers zijn. Dat is niet iets waarover Agis zich erg druk maakt, aldus Poll. 'Wij richten ons liever op de



voorlopers. Voor de rest geldt: het zij zo. Zorgaanbieders moeten aan een aantal minimumeisen voldoen. Doen ze dat niet, dan sluit Agis er geen contracten mee. Maar ik verwacht niet dat er op de lange termijn meer dan twee à drie ziekenhuizen omvallen. Ik zie eerder specialisatie ontstaan.'

Het project past volgens Poll naadloos in de missie van Agis (zie kader 2). 'Wij hebben de overtuiging dat we de poliskosten alleen laag kunnen houden door zorg van optimale kwaliteit in te kopen. Op de lange termijn is dat het meest kosteneffectief. De volgende vraag is dan: wat is kwaliteit? Enerzijds is kwaliteit vastgelegd in medische richtlijnen. Maar anderzijds is er de kwaliteit vanuit het perspectief van de klant. Die heeft bijvoorbeeld betrekking op de informatievoorziening of op de tijdigheid van het zorgaanbod. Wij weten dat een combinatie van beide kwaliteitsaspecten leidt tot de beste uitkomsten.'

#### ONONTKOOMBAAR

Eén van de deelnemende patiëntenverenigingen is de Stichting Contactgroep Prostaatcancer. Voorzitter Pieter van Zanten benadrukt dat zijn vereniging zich bij het formuleren van kwaliteitscriteria conformeert aan bestaand onderzoek. 'Neem de informatievoorziening. Uit onderzoek van het Helen Dowling instituut blijkt dat veel mannen ontevreden zijn over de informatie die ze krijgen over de behandeling en over begeleidingsmogelijkheden. Na de diagnose volgt meestal uitleg over het technische vervolgtraject, maar de patiënt denkt op zo'n moment alleen maar: "Ik ga dood". Patiënten hebben hulp nodig bij het omgaan met psychosociale problemen. En die is er vaak niet. Dat is geen losstaand idee van de patiëntenvereniging. In de conceptrichtlijn Prostaatcarcinoom van het CBO is dezelfde opvatting opgenomen.'

Volgens Van Zanten concentreert zijn vereniging zich op thema's buiten het puur medisch-inhoudelijke domein. 'We zijn vooral geïnteresseerd in de werkwijze van een ziekenhuis. In de mate van samenwerking tussen verscheidene disciplines, de beschikbaarheid van informatie op de website, de vraag of acute opvang is geregeld en of er een oncologisch verpleegkundige in huis is. Over al deze zaken spreken wij met zowel de ziekenhuizen als met de zorgverzekeraars. Wij willen ook inzicht krijgen in de kwaliteit van specialisten. Dat



## 1. ZEKERE ZORG

Het programma 'Zekere zorg' van Stichting Fonds Patiënten, Gehandicapten en Ouderenbonden (PGO) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is bedoeld om de marktpositie van de patiënten te versterken. Sinds 2006 verwezenlijken een aantal patiëntenorganisaties dit doel in een aantal projecten. Een kleine greep:

- De Samenwerkende Astma Verenigingen (SAV) ontwikkelt in samenwerking met de Universiteit van Twente en de Universiteit Maastricht kwaliteitscriteria vanuit het patiëntenperspectief. Naar verwachting zullen de kwaliteitscriteria van patiënten niet sterk verschillen van die van zorgverleners, maar zullen de prioriteiten wel anders liggen.
- De Stichting Hoofd Hart Vaten (SHHV) stelt kwaliteitscriteria op voor hartfalen en voor perifere vaatlijden. De SHHV sluit aan bij de kwaliteitseisen die de beroepsverenigingen zelf al hebben opgesteld, bijvoorbeeld over het aantal gecertificeerde vaatchirurgen en interventieradiologen, de multidisciplinaire samenwerking en de herkenbaarheid van het ziekenhuis. Het project moet resulteren in een keurmerk voor ziekenhuizen die zorg leveren volgens de kwaliteitscriteria van de SHHV. Ook moeten zorgverzekeraars de criteria gebruiken bij hun inkoopbeleid.
- De Reumapatiëntenbond wil het patiëntenperspectief integreren in de visitatie van reumatologen. Er zal een enquête onder patiënten worden gehouden die inzicht moet geven in de knel- en aandachtspunten bij de zorg aan reumapatiënten. Die punten worden vervolgens besproken tijdens een visitatie. Dit jaar zal er een proef bij twee reumatologenmaatschappen plaatsvinden. ■

BEELD: CORNIS

is moeilijk, maar onontkoombaar. In de nabije toekomst zal er echte keuze zijn. Dan weten we welke arts en welk ziekenhuis goed is en welke niet.'

#### DOVEMANSOREN

Artsen zijn niet gewend aan patiënten die kwaliteitsaspecten van zorg komen bespreken. Toch is Van Zanten niet bang voor dovemansoren te spreken. 'We gaan geen eisen stellen en de boel afkraken. Onze houding is: zou je sommige dingen niet eens anders doen? Volgens ons is er al veel gewonnen met meer aandacht en betrokkenheid. Als een arts even komt zeggen dat zijn spreekuur uitloopt, maakt

dat een andere indruk dan wanneer iemand zonder boe of bah op een bord schrijft dat de wachttijd drie kwartier is. Natuurlijk is er overredingskracht nodig, maar wij weten dat er nog een hoop valt te verbeteren en gelukkig hebben we de wind mee. Iedereen wordt wakker.'

De Stichting Contactgroep Prostaatcancer heeft de eerste contacten met deelnemende ziekenhuizen al gelegd. In enkele gevallen is het ook al tot verkennende gesprekken gekomen. 'Er is in overleg met de specialisten een 'nulmeting' gemaakt. Zij komen met verbetervoorstellen en wij gaan kijken of we die afdoende vinden.' De patiënten- >>



## 2. PATIËNTEN- PERSPECTIEF VOLGENS AGIS

Zorgverzekeraar Agis probeert al enige jaren om het patiëntenperspectief op kwaliteit te integreren in de zorginkoop. Samen met onderzoeksbureau Nivel stond Agis aan de basis van de CQ-index. Hiermee worden klantervaringen in de zorg weergegeven. Dat gebeurt door patiënten te ondervragen op zes aspecten van zorg: ontvangst bij opname of polikliniek, bejegening en verzorging door verpleegkundigen of polikliniekmedewerkers, bejegening en behandeling door artsen, informatie, zelfstandigheid en respect en het vertrek en de nazorg. Zorgverzekeraars kunnen de wetenschappelijk gevalideerde uitkomsten gebruiken bij de inkoop van zorg en consumenten kunnen op basis van die informatie de juiste zorgaanbieder kiezen. De methodiek van de CQ-index is sinds kort ondergebracht bij het Centrum Klantervaringen Zorg (MC 13/2007: 557).

<< vereniging krijgt bij die gesprekken professionele begeleiding. 'We zijn tenslotte maar vrijwilligers.' En natuurlijk hebben de patiëntenverenigingen steun aan de zorgverzekeraars. 'Die kunnen door hun gewicht wel wat afdwingen.'

Dat laatste is een zorg van uroloog Igle Jan de Jong van het UMC Groningen. In zijn ziekenhuis is de pilot Zorginkoop al aardig op weg en als één van de eerste medisch specialisten nam hij deel aan een gesprek met een patiëntenvereniging. 'Op verzoek van de zorgverzekeraar spreken we met de vereniging voor patiënten met prostaatkanker. Ik had dan ook gedacht dat er een verte-

genwoordiger van de zorgverzekeraar bij dit gesprek aanwezig zou zijn. Maar dat bleek niet het geval. We zaten alleen met de patiëntenvereniging. Het was overigens de eerste keer dat ik formeel contact had met de patiëntenvereniging, dat wil zeggen: buiten mijn activiteiten voor de richtlijncommissie Prostaatkanker. In zo'n situatie is er heel veel nieuw voor beide partijen.'

In het gesprek heeft De Jong uitgelegd hoe de zorg voor prostaatkankerpatiënten in het UMCG eruitziet, zowel de cure als de care. 'De patiëntenvereniging was positief verrast door het verhaal. In vergelijking met veel andere ziekenhuizen doen wij al vrij veel aan de psychosociale begeleiding en aan informatievoorziening. Dat wist ik al, omdat ik veel second opinions doe waarbij het gespreksonderwerp juist deze aspecten betreft.'

### SUBJECTIEF

De Jong is positief over de uitgangspunten van het project, maar heeft ook enkele kanttekeningen. 'De bijdrage van de patiëntenvereniging in het richtlijntraject is onderworpen aan de regels van evidence-based medicine. Dit project heeft toch het risico in zich dat meer subjectieve oordelen over de zorg een rol spelen. In het gesprek is een wensenlijst van de patiënten aan de orde geweest. Een belangrijke wens is een betere beschikbaarheid van een oncologisch verpleegkundige en betere informatievoorziening. Wij zijn zelf voorstander van een ruime beschikbaarheid van een oncologisch verpleegkundige. Maar feitelijk is er weinig hard bewijs voor de noodzaak daartoe. Als je de wensen van de patiënt als uitgangspunt neemt, wordt de klant wel heel erg nadrukkelijk koning. Dat kan botsen met medisch- inhoudelijke aspecten van zorg.'

Hij noemt ook de wens van patiënten om de PSA-bepaling en de diagnose binnen één dag te doen. 'In sommige gevallen is dat niet mogelijk, bijvoorbeeld als de patiënt bloedverdunners slikt. Maar het is ook de vraag of het wenselijk is. In het algemeen geldt: hoe sneller, hoe beter, maar een halve dag is misschien wel te snel.'

In de volgende fase van het project zullen artsen en management samen een verbetervoorstel formuleren dat na akkoord door de zorgverzekeraar wordt gefinancierd. 'Naar mijn inzicht vult op

deze manier de patiëntenvereniging een gat dat de zorgverzekeraar zelf niet kan vullen. Het lijkt mij niet goed als zorgverzekeraars de patiënten gebruiken om de zorg te dicteren en dat risico is toch niet helemaal uit te vlakken. De kans bestaat dat zorgverzekeraars straks gaan zeggen dat ze geen zaken willen doen met ziekenhuizen die het wensenlijstje van de patiënten niet invoeren. In dit geval zijn de patiënten door de zorgverzekeraars gevraagd om aan het project mee te doen, maar het lijstje tussen gevraagd en gebruikt, is dun.'

Ondanks de misen en maren werkt De Jong toch graag mee aan de pilot Zorginkoop. 'Het is een helder omljnd en concreet project en alle drie de par-

## Patiënten niet de zorg laten dicteren



tijen moeten hetzelfde doel dienen. Ik ben voorstander van meer structureel contact tussen patiënten en artsen. Maar het blijft de vraag wie verbeterprojecten financiert die daaruit voortkomen. Als de zorgverzekeraars het niet doen, komen mogelijk farmaceutische bedrijven of particuliere instellingen in beeld. Dat is wat mij betreft onbespreekbaar. Dan doe ik liever zaken met de zorgverzekeraars.' ■