

Regionale vernieuwings- en ontwikkelingsprojecten

Hoe valt het WVC-beleid?

Bij de beleidsmakers van het ministerie van WVC staat momenteel het stimuleren van regionale vernieuwingsprojecten hoog in het vaandel. De aandacht voor vernieuwingsprojecten vloeit logisch voort uit de ideeën die zijn vastgelegd in de Nota 2000. Tegelijkertijd wordt voortgebouwd op het beleidsperspectief van het vergroten van de samenhang en het bevorderen van substitutie.

Vernieuwingsprojecten spelen zich veelal af op het grensvlak van eerste en tweede lijn, een gebied waar de onderlinge samenwerking verre van optimaal is. In dit artikel willen we dan ook de vraag stellen op welke wijze het beleid de hulpverleners in het veld bij de vernieuwingsprojecten kan betrekken, opdat de projecten succesvol verlopen en tot positieve resultaten leiden. Een goede evaluatie van vernieuwingsprojecten op het vlak van de structuur (hoe is het project georganiseerd) en de 'outcome' (zijn er positieve resultaten en zijn deze toe te schrijven aan de zorgvernieuwing) brengt met zich mee, dat de projectparticipanten ook bereid moeten zijn extra activiteiten, zoals registratie uit te voeren. Ook hierbij is het de vraag hoe de hulpverleners daarvoor te motiveren.

In de zorgvernieuwingprojecten is de aandacht vooral gericht op het verbeteren of veranderen van de inhoud, dan wel van de organisatie van de zorg en minder op het tot stand brengen van samenwerking. Toch blijft de een of andere vorm van samenwerking noodzakelijk om tot zorgverandering te komen. Er zal principieel weinig verschil zijn tussen ontwikkeling en evaluatie van vernieuwingsprojecten en de meer bekende samenwerkingsprojecten.

In publikaties over de motieven om samen te werken kom je regelmatig een indeling van De Greve en Vrakking tegen. Zij onderscheiden vier motieven om samen te werken:

- het ruilmotief. Dit algemene principe komt voort uit de ruiltheorie. Mensen zijn bereid te investeren in bijvoorbeeld verandering wanneer daar iets tegenover staat. De kosten en baten die tegen elkaar worden afgewogen, kunnen zowel materieel als immaterieel zijn.

D. Wijkel

In de zorgvernieuwingprojecten is de aandacht vooral gericht op het verbeteren of veranderen van de inhoud en de organisatie van de zorg en minder op het tot stand brengen van samenwerking. Een belangrijke vraag hierbij is op welke wijze het beleid de hulpverleners in het veld bij deze projecten kan betrekken. Dr. D. Wijkel, destijds Nivel-medewerker, doet enkele suggesties.

- het normatieve motief. Hiermee wordt bedoeld, dat vernieuwing tot stand kan komen door te verwijzen naar belangrijke normen en waarden. Daaronder kan men ook de normen en waarden verstaan welke door de rijksoverheid worden opgesteld.

- individuele motivatie. Een of meerdere personen zijn sterk gemotiveerd om iets tot stand te brengen. Door hun persoonlijkheid en vermogen anderen te enthousiasmeren krijgen zij een project van de grond.

- machtsafhankelijkheid. Vernieuwingen kunnen worden afgedwongen vanuit machtssituaties¹.

In de praktijk van het veldonderzoek blijkt deze indeling minder goed te voldoen omdat de motieven om samen te werken te complex blijken en niet als enkelvoudige factor voorkomen. Bij de functionarissen die van de samenwerking eerste-tweede lijn hun beroep hebben gemaakt is het beeld ontstaan, dat de geslaagde projecten vooral steunen op één of enkele bezielende personen die bereid zijn veel energie in het samenwerkingsproject te steken.

Een van de dingen die de overheid van de samenwerkingsprojecten heeft geleerd is het op de juiste waarde schatten van een organisator. In alle vernieuwingsprojecten die door WVC worden gesteund is een coördinator aangesteld om de zaken op poten te zetten. Daarmee lijkt in ieder geval gebruik te worden gemaakt van de

ervaringen uit de reeds uitgevoerde projecten waarin het motief van de individuele motivatie een belangrijke rol heeft gespeeld. Ook aan de voorwaarden die kunnen worden afgeleid uit de normatieve motivatie wordt voldaan. De recente nota's, kerndocumenten en dergelijke benadrukken eens te meer de noodzaak tot versterking van de thuiszorg en het terugdringen van dát gedeelte van de specialistische zorg dat daarin niet per se hoeft te worden uitgevoerd.

DOELSTELLINGEN

In de doelstellingen van vernieuwingsprojecten is een beperkt aantal thema's te onderkennen. De hulpverleners zien als belangrijkste thema het *verbeteren van de kwaliteit* van de zorgverlening. Verbeteren van kwaliteit is onder te verdelen in verschillende aspecten, zoals toegankelijkheid, continuïteit, coördinatie en competentie. In de praktijk van de eerste- en tweedelijnsprojecten vinden we als doelstellingen:

- deskundigheidsbevordering;
- communicatieverbetering; en
- ondersteuning (via bijvoorbeeld consultatie).

Een tweede thema, dat veelal in relatie staat tot het eerste thema, is een *verschuiving in taakverdeling*. Het verschuiven van taken van tweede naar eerste lijn wordt soms als identiek beschouwd met verbetering van kwaliteit, maar ook wordt menigmaal door een van de partijen een garantie van de kwaliteit als voorwaarde voor een taakverschuiving gesteld (bijvoorbeeld bij het bonus-malusproject van de ziekenfondsen in Tilburg).

Een derde thema – minder gebaseerd op de uitgangspunten van hulpverleners, dan op dat van beleidsmakers bij ziekenfondsen en de overheid – is het thema van de *kosten-effectiviteit*. Wordt geen onnodige zorg verleend? Wordt de noodzakelijke zorgverlening zo goed en efficiënt mogelijk verleend?

Als vierde wil ik het thema van de *organisatie* noemen. Welke structuur of organisatie is het meest geschikt om gewenste veranderingen tot stand te brengen, of

het gezondheidszorgsysteem optimaal te laten functioneren? Het stimuleren van gezondheidscentra past bijvoorbeeld in dit thema. Ook dit laatste thema heeft vooral een beleidsperspectief.

Wat hier niet is genoemd, is het beleidsdoel van substitutie. Substitutie is voor het overgrote deel van de hulpverleners geen doel op zich, ze zullen zich daar wellicht eerder tegen verzetten. Beleidsmakers doen er goed aan dit te beseffen en voor hun beleidsdoel aan te sluiten bij inhoudelijke projecten die taakverschuiving tot doel hebben. Taakverschuiving en kwaliteitsverbetering kan, maar hoeft niet noodzakelijk tot substitutie te leiden.

TAAKVERDELING

De huisartsenorganisaties wijzen er regelmatig op dat de huisarts in de loop der jaren veel van zijn terrein heeft verloren. Taakverschuiving terug naar de huisarts wordt wel nagestreefd (normatief), maar daarbij moet in het oog worden gehouden dat bij het huidige financieringssysteem in materiële zin voor beide partijen alleen maar nadeel valt te behalen. De immateriële voordelen zullen dan ook aanzienlijk moeten zijn wil een vernieuwingsproject tot taakverschuiving leiden.

Het project eerste-tweedelijnd rond het ziekenhuis Bethesda in Hooogeveen is uiteindelijk op dit punt gestrand. Specialisten waren niet bereid een deel van hun taak aan huisartsen af te staan².

Een voor de hand liggende manier om taakverschuiving toch tot stand te brengen is de honorering van extra taken die de huisarts gaat uitvoeren, bijvoorbeeld de kleine chirurgie, maar ook de nacontrole bij patiënten die in dagchirurgie zijn behandeld.

In het project 'Samenwerking eerste-tweede lijn' van het VU-ziekenhuis is die betaalde nacontrole door de huisarts al met succes uitgetoet. Huisartsen die aan het project deelnamen vonden vrijwel allemaal dat betaling van de extra inspanning noodzakelijk is om ook na de onderzoeksfase van het project met de nacontrole door te gaan³.

Mogen we nu verwachten dat een verandering in honoreringsstructuur leidt tot veranderingen in patiëntenstromen, de gewenste substitutie of vermindering van kosten? De verwachtingen op dat punt zijn niet uitsluitend positief. Weliswaar heeft in Tilburg het bonus-malussysteem tot vermindering van verwijzingen geleid⁴, maar bij het Diagnostisch Centrum Oudenoord in Utrecht heeft het ter beschikking stellen van diagnostische faci-

teiten aan huisartsen vooral geleid tot een toename van het aantal diagnostische verichtingen zonder duidelijke besparingen in de tweede lijn⁵.

Overigens veranderen de ingeslopen gewoonten in het handelen van huisartsen maar langzaam. Daarbij speelt ook een belangrijke rol, dat hulpverleners die een bepaalde verrichting niet (meer) hebben uitgeoefend hun kennis en vaardigheden zullen moeten bijspijkeren voordat ze (weer) verantwoord een taak van de tweede lijn kunnen overnemen. Bij hulpverleners die in loondienst werken is via verplichte na- en bijscholing op redelijke termijn in een aanwezige leemte te voorzien, maar bij vrije beroepsbeoefenaren zoals huisartsen duurt het langer voordat een meerderheid is nageschoold en ook de gewenste taakverschuiving in de praktijk gaat uitvoeren⁶.

Op basis van de ervaringen met samenwerkingsprojecten durf ik te stellen dat beleidsmakers er goed aan doen bij gewenste substitutie vooral aan te sluiten bij veldinitiatieven op het terrein van taakverdeling en kwaliteitsbevordering. Deze initiatieven kunnen krachtig worden gestimuleerd of afgedwongen via financiële prikkels of regelgeving, bijvoorbeeld via de op stapel staande wet op de kwaliteit van de gezondheidszorg. In theorie kan dan een vernieuwingsproject tot substitutie leiden, maar dat moet zeker niet als een automatisme worden gezien.

HET VU-PROJECT

Een lopend project waarin zowel de verbetering van de kwaliteit van de zorg als de verschuiving van tweede naar eerste lijn centraal staat is het project samenwerking eerste-tweedelijnd van het VU-ziekenhuis. In dit project worden zowel de inhoudelijke ontwikkeling van de zorgverlening en de organisatie daarvan als de evaluatie van de gestelde doelen ter hand genomen. Daartoe is een projectbureau opgericht dat de deelprojecten coördineert⁷. Het Nivel is bij de opzet van de evaluatie betrokken. Van de verschillende in uitvoering genomen projecten zijn er inmiddels twee afgesloten.

Alle projecten hebben een gemeenschappelijke doelstelling, namelijk dat de deelprojecten ertoe moeten leiden dat de patiënt zorg wordt geboden op het niveau dat het best aansluit bij de op dat moment bestaande problematiek van de patiënt. Als middel om tot zorgverbetering te komen worden binnen het project verschillende vormen van samenwerking ontwikkeld en uitgetoet. De gekozen vor-

men van samenwerking sluiten goed aan bij de inhoudelijke problematiek van het deelproject en komen tot stand met inachtneming van de specifieke mogelijkheden op dat terrein. Zo werd bij het project 'diabetes mellitus type II' een behandelingsprotocol opgesteld, terwijl de praktische uitvoering daarvan wordt ondersteund door een huisartsenlaboratorium en de inhoudelijke ondersteuning verloopt via consultatiebesprekingen met een internist. Bij acuut knieletsel denk je daarentegen niet direct aan telefonische consultatie maar aan nascholing via gestructureerde instructie.

De keerzijde van de medaille is dat het op deze manier moeilijk is tot een systematische en gecontroleerde opzet van de projecten te komen, hetgeen voor onderzoek naar specifieke vormen van interventies eigenlijk noodzakelijk is.

De gemeenschappelijkheid van de projecten komt tot uiting in de opzet van de projectorganisatie en in het feit dat een aantal centrale onderzoeksvragen is gesteld, die aansluiten bij de thema's substitutie, kwaliteit, kosten en organisatie.

De deelprojecten worden opgestart vanuit de inhoudelijke interesse die bij een ziekenhuisafdeling, individuele specialisten of huisartsen bestaat. Zo'n idee kan worden aangekaart bij de zogeheten stuurgroep van het project, die wanneer het idee levensvatbaar wordt geacht een werkgroep formeert waarin hulpverleners uit zowel eerste als tweede lijn participeren. Zo'n werkgroep gaat het idee verder uitwerken en komt daarop met een globale projectopzet, waarin de doelstellingen van het deelproject en de uitwerking van de inhoudelijke zorgvernieuwing zijn opgenomen. Naar aanleiding van die opzet kan dan een projectmedewerker of onderzoeker worden aangesteld die een uitgewerkt projectplan maakt met een concrete uitwerking van de inhoudelijke en organisatorische kant van de zorgvernieuwing en een onderzoeksplan om de te verwachten effecten te kunnen aantonen. Er vindt dus een vorm van Medical Technology Assessment plaats.

De voorwaarden waaronder de vernieuwing en de evaluatie plaatsvinden zijn optimaal, bijvoorbeeld:

- De projecten worden organisatorisch begeleid vanuit het projectbureau.
- De deelnemers aan de werkgroepen en de hulpverleners krijgen een reële vergoeding voor de aan projectactiviteiten te besteden tijd.
- Voor de goedkeuring van een project wordt over de onderzoekstechnische za-

ken advies gevraagd aan een groep deskundigen.

– Het onderzoek vindt plaats in een academische setting.

Een nadeel van deze situatie is wel dat de deelprojecten niet zonder meer zijn over te zetten in andere locaties, waar de voorwaarden minder gunstig zijn. De werkzaamheid van de vernieuwing wordt echter wel goed geëvalueerd, hetgeen een belangrijk winstpunt is ten opzichte van de gangbare praktijk met nauwelijks te evalueren effecten.

Om de deelnemende hulpverleners zo goed mogelijk te motiveren voor het onderzoek wordt veel aandacht besteed aan terugrapportage naar de deelnemende hulpverleners. Een belangrijk probleem blijft echter de deelname aan onderzoek

waarin naast een experimentele groep een controlegroep nodig is (wel registreren, maar niet deelnemen aan de experimentele zorgvernieuwing). Een oplossing voor dat probleem wordt gezocht in het faseren van de deelname aan de zorgvernieuwing, waarbij een deel van de hulpverleners pas in de tweede fase met de zorgvernieuwing meedoet. Een andere, weliswaar elegantere, maar moeilijker toepasbare mogelijkheid is het hanteren van een 'cross-over' design, wanneer hulpverleners aan twee zorgvernieuwingprojecten tegelijk deelnemen. Toegegeven moet worden dat soms enige creativiteit is vereist, maar het zou jammer zijn als de huidige animo voor zorgvernieuwingprojecten omslaat in ergernis door eisen die door het beleid of de onderzoeker worden gesteld. □

Literatuur

1. Greve WB de, Vrakking WJ. Enkele verklaringen voor de samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. In: Leiding en organisatie in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu, 1983.
2. Swinkels MAA. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn in de regio Hoogeveen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
3. Emmerik IJH van, Jong D de. Opereren in overleg: Samenwerking tussen eerste lijn en ziekenhuis rond dagchirurgie. Project samenwerking eerste-tweede lijn VU-ziekenhuis, Amsterdam, 1989.
4. Tits MHL van. Vier jaar experimenteren met een bonusmalussysteem onder huisartsen. IVA instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek, Tilburg, 1988.
5. Wijkel D, Grijn D van der. Huisarts en diagnostisch centrum. Nederlands Huisartsen Instituut/Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht, 1982.
6. Kanouse DE, Jacoby J. When does information change practitioners' behaviour? International Journal of Technology Assessment in Health Care 1988; 4: 27-33.
7. Streetkerk JG, Wittenberg V, Schreurs I. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn: een project aan de Vrije Universiteit. Medisch Contact 1986; 41: 1173-6.

Afzien van behandeling bij wils-onbekwame patiënten

Medische of kwaliteit van leven-criteria?

Het blijft een hoogst actuele vraag of bij het besluit om bij wils-onbekwame patiënten van medische behandeling af te zien, medische of kwaliteit van leven-argumenten de doorslag moeten geven. Recent werd in rapporten van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de KNMG voor het laatste gekozen^{1, 2}. Ook volgens de zogeheten Appleton-consensus^{3, 4}, een eerste internationale poging tot formulering van richtlijnen voor de beslissing om van medische behandeling af te zien, zijn oordelen over de kwaliteit van leven onvermijdelijk. Nauwkeurige vergelijking laat echter zien dat het begrip 'kwaliteit van leven' in de twee eerstgenoemde publikaties een andere betekenis heeft dan in de laatste. Maar ook in de Appleton-consensus is het begrip vaag genoeg omschreven om verschillende interpretaties bij de heterogene groep ondertekenaars open te houden. Een en ander is tekenend voor het huidige stadium van de discussie. Het is een moeilijke discussie, omdat de ethische opvattingen over de waarde van menselijk leven in het algemeen en gehandicapt leven in het bijzonder toenemend uiteenlopen. Deze discussie wordt in Nederland bijna onmogelijk door een toenemende spraakverwarring, die wordt gekenmerkt door dubbelzinnig taalgebruik, het geven van nieuwe betekenissen aan bestaande begrippen, met name aan het begrip 'medisch zinloze behandeling', en de introductie van sterk verhellende formuleringen voor het begrip 'kwaliteit na leven'.

De bedoeling van dit artikel is de begripsmatige verwarring op het terrein van medische en kwaliteit van leven-behandelcriteria zoveel mogelijk

Dr. R. W. M. Croughs

op te helderen. Alleen zó kunnen de wezenlijke meningsverschillen in alle duidelijkheid zichtbaar worden gemaakt, zodat een gerichte discussie daarover mogelijk wordt. In hun huidige vorm bemoeilijken de rapporten van KNMG en NVK die discussie niet alleen door hun taalgebruik, maar gaan zij ook voorbij aan de meest essentiële kritiek.

TRADITIONELE CRITERIA

Twee traditionele medische behandelcriteria zijn:

1. Er is een gunstig effect van de behandeling te verwachten.
2. Er bestaat een redelijke verhouding (proportionaliteit) tussen middel en effect, dat wil zeggen dat de van de behandeling te verwachten gunstige effecten (kansen op genezing, verbetering, verlichting) zwaarder wegen dan de eraan verbonden bezwaren (belasting, ongemak, pijn, bijwerkingen)^{5, 6}. Als er een wanverhouding bestaat tussen bezwaren en gunstig effect van de behandeling, kan men de behandeling dysproportioneel noemen⁷. In navolging van Leenen spreekt men in het algemeen over een medisch zinloze behandeling⁸; dit begrip heeft ook duidelijker betrekking op beide criteria.

De hier vermelde criteria komen tot uiting in de klassieke geneeskundige adagia 'Primum non nocere' en 'In dubio abstinere' en stemmen

ook helemaal overeen met de in de Appleton-consensus vermelde ethische criteria 'beneficentia' en 'non-maleficentia'. Het moge duidelijk zijn dat deze criteria niet van de arts eisen te proberen met alle mogelijke middelen het leven te rekken. Dat wordt ook bevestigd door het oude onderscheid in de rooms-katholieke theologie tussen 'gewone' behandelingen, die men als zieke werd geacht te ondergaan, en 'buitengewone', waarbij dat helemaal aan het eigen inzicht werd overgelaten.

Het tegen elkaar afwegen van de verwachte gunstige effecten en bezwaren van de behandeling dient uiteraard te geschieden in een op de individuele patiënt gerichte geneeskunde. De ervaren belasting is immers afhankelijk van de individuele draagkracht. Maar ook het gunstige effect van de behandeling kan niet van de individuele patiënt worden geabstraheerd. Neem als voorbeeld een succesvol uitgevoerde orthopedische correctie bij een geestelijk zwaar gehandicapt patiënt. Als het functioneren van de patiënt of zelfs diens verzorging daardoor in het geheel niet wordt vergemakkelijkt, is zo'n behandeling medisch zinloos. Zo heeft er ook van oudsher een zekere terughoudendheid bestaan om geestelijk gehandicapt patiënten langdurige, sterk belastende behandelingen te laten ondergaan. Niet alleen omdat de ontreddering van deze patiënten in een vreemde ziekenhuisomgeving en hun angst voor onvoldoende begrepen ingrepen soms groter zijn, maar ook omdat met name de geestelijk zwaarst gehandicapt patiënten in een aantal gevallen (veel) minder aan de behandeling hebben. Het constateren van dit