

DR. PIM VALENTIJN OVER BROODNODIGE  
AANPASSINGEN IN DE ZORG VAN MORGEN

# 'Huisartsen zitten op een pot met goud'

De versnipperde organisatie van ons zorgstelsel strookt niet met de demografische ontwikkeling. Stroomlijning van het zorgaanbod is vereist om de kwaliteit te waarborgen en de kosten te beteugelen. Op het onlangs gehouden NedHIScongres hield Pim Valentijn, fysiotherapeut en gepromoveerd gezondheidswetenschapper, in een wervelende voordracht de aanwezigen een spiegel voor. 'Huisartsen moeten in beweging komen en zorgen dat ze als professional aan het roer blijven.'

ANNET MUIJEN  
[ANNET.MUIJEN@PLANET.NL](mailto:ANNET.MUIJEN@PLANET.NL)

Hij praat als Brugman. Ondersteunt zijn woorden met trefzekere gebaren en feiten. Af en toe neemt hij een vlugge slok koffie, een hap van het koekje, om dan weer haastig zijn betoog te vervolgen. Het is zonneklaar: Pim Valentijn, auteur van het proefschrift *Rainbow of chaos. A study into the theory and practice of integrated primary care*, heeft een missie. Een radicale en veelomvattende missie, die korte metten maakt met de wijze waarop we in Nederland gewend zijn problemen aan te pakken. 'Polderen,' luidt stelling 10 bij zijn proefschrift, 'een culturele erflast van Nederlanders, leidt tot zorgrenovatie in plaats van zorginnovatie.' 'Ik had verwacht dat ik tomaten naar mijn hoofd geworpen kreeg als ik dit verhaal zou vertellen', zegt hij grijnzend. 'Na afloop hoorde ik dat mijn analyse herkenbaar was, gevolgd door de verzuchting:

***In uw voordracht toonde u een grafiek die laat zien dat 6 procent van de populatie verantwoordelijk is voor 45 procent van de zorgkosten. Een alarmerend beeld.*** 'Precies, en dat wordt alleen maar erger. Vanochtend las ik nog dat een onderzoeker soortgelijke uitkomsten had gevonden voor patiënten met darmkanker: 5 tot 6 procent is verantwoordelijk voor 35 procent van de kosten. Daar zitten allemaal dubbele handelingen in. We hebben ons zorgaanbod op het niveau van aandoeningen georganiseerd. Mijn stelling luidt dat we toe moeten naar mensgerichte zorg: beschouw die patiënt in zijn totale sociaal-economische en psychologische context.'



FOTO: MICKEY GRAPFLAND

## ***Dat is toch al het uitgangspunt van huisartsgeneeskunde?***

'Klopt. Maar sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is het ziektespecifieke paradigma in toenemende mate dominant geworden in de gezondheidszorg. Verdergaande specialisatie heeft ook de huisartsgeneeskunde aangetast, zodat je nu ketenzorgprogramma's aantreft voor diabetes, COPD en cardiovasculair-risicomanagement. Ik zeg niet dat dat per definitie een slechte ontwikkeling is, want het heeft ook veel gebracht. Maar het staat wel enigszins haaks op datgene waar de huisartsgeneeskunde of de eerste lijn voor staat: de mensgerichte benadering.'

### **Is ketenzorg dan geen bemoedigende ontwikkeling?**

‘Als je kijkt naar evaluaties van ketenzorg in andere landen, dan zie je daar veel betere uitkomsten dan bij ons. Dat komt omdat ze erin slagen om de aansluiting tussen de eerste en tweede lijn te maken. Die aansluiting omvat ook de financiering, het datamanagement en het ontsluiten van data. In Nederland hebben we die ketenzorg, inclusief de financiering, eigenlijk verengd tot de eerste lijn.’

### **Dan is het toch geen ketenzorg meer?**

‘Nee. Dat is precies mijn stelling. Het doet geen recht aan de complexe behoefte van iemand met een chronische aandoening en je kunt de keten niet coördineren. We moeten dat denken in “hokjes” echt leren loslaten. Daar “doorheen durven organiseren” en er de financiering aan koppelen. Als we dat niet doen, gaan we nooit en te nimmer met die ketenzorg scoren. Dan blijft het een beleidsmatige ambitie.’

### **Maar waarom komt het hier niet van de grond en lukt het in het buitenland wel?**

‘We houden in Nederland nogal van polderen en dat leidt, zeker in de gezondheidszorg, tot suboptimale uitkomsten. Tot regressie naar het gemiddelde. Ik ben bang dat we op deze manier de kroonjuwelen van de eerste lijn verspelen. Dan doel ik op die mensgerichte zorg en populatiegerichtheid. Die oriëntatie heeft ongelooft-

## **WE MISSEN IN NEDERLAND DE FUNCTIONELE RANDVOORWAARDEN OM KETENZORG TOT EEN SUCCES TE MAKEN**

lijk veel effect in termen van betere gezondheid en lagere kosten. Ik zou dus tegen de huisartsen willen zeggen: “Jongens, organiseer de zorg nou eens op een eigentijdse manier. Kijk over de grens wat daar gebeurt.” Zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten hiervoor de nodige ruimte bieden. Er zitten nu op verschillende niveaus barrières die we met voorrang moeten slechten. En ja, dan moet je wel constructief met elkaar gaan samenwerken.’

### **Waar doelt u op?**

‘We missen in Nederland de functionele randvoorwaarden om ketenzorg tot een succes te maken. De betalingsarrangementen zijn niet gericht op de hele keten. Er zit een hermetisch schot tussen de eerste en tweede lijn. Ook het delen van data over de keten lukt niet. In landen als Zweden slagen ze daar wel in. Zolang we die randvoorwaarden niet met elkaar inrichten, is het water naar de zee dragen.’

### **Huisartsen zeggen: ‘Al die veranderingen, we willen rust in de tent.’**

‘Dat snap ik. Toch zeg ik: “Kijk naar de demografische ontwikkeling. De gezondheidszorg gaat veranderen, daar valt niet aan te ontkomen. Beweeg je daar niet in mee, dan gaan andere partijen het overnemen en de koers bepalen.” Ik draag de eerste lijn een warm hart toe, omdat ze laten zien dat je tegen lage kosten betere gezondheidsuitkomsten kunt bewerkstelligen. Een van de zwakke punten is de coördinatie en organisatie. Dan denk ik: jongens, werk daar nou alsjeblieft aan, dan creëer je echt toegevoegde waarde met elkaar.’

### **In uw voordracht prikkelde u uw gehoor om aan ‘predictive modelling’ te gaan doen. Wat behelst dat en wat kopen we ervoor?**

‘Huisartsen zitten op een pot met goud. Hun HIS bevat een schat aan klinische gegevens die buitengewoon nuttig is om je praktijkpopulatie maar ook je regiopopulatie beter te kunnen bedienen. Die informatie heeft verder niemand. De zorgverzekeraar kent alleen de kostenkant. Met predictive modelling, een statistische techniek, kun je voorspellen welke patiënten tot de meest kwetsbare behoren of gaan behoren. Dan zie je dus dat de tachtigjarige mevrouw Jansen diabetes en COPD heeft, en een groot risico loopt op een onnodige – ziekenhuisopname op vrijdagmiddag. En misschien vinden we wel tien mevrouwen Jansen. Hoe monitor je dat nou? Hoe voorkom je dat mevrouw Jansen een heropname krijgt? Als dat lukt kun je gigantisch veel besparen en greep krijgen op die uit het lood geslagen zorgkosten voor die kleine groep peperdure patiënten. Plus, niet onbelangrijk, de kwaliteit van zorg verbeteren.’

### **En dat lukt met de informatie waarover de huisarts al beschikt?**

‘Al die informatie zit al in het HIS, maar daar wordt onvoldoende gebruik van gemaakt. Het benutten van die data kun je als huisarts niet alleen. In iedere praktijk moet een functionaris komen die data kan interpreteren en vertalen in specifieke verbeterprogramma’s. Uiteindelijk krijgt die huisarts een rood, oranje of groen vlaggetje te zien, zodat hij of zij weet wanneer het zaak is om in te grijpen om een heropname te voorkomen. In het buitenland wordt dit soort tools al ontwikkeld en gebruikt. Dit wordt de komende jaren *booming*, dat is volstrekt duidelijk. De huisartsenpraktijk zal steeds meer *data-driven* worden, of we dat nou leuk vinden of niet.’

### **Hoe moet dit alles in een huisartsenpraktijk worden ingepast?**

‘Er moet een praktijkmanager of een nurse practitioner ingezet worden die met de kwetsbare patiënten aan de slag gaat. Dat hoeft een huisarts niet allemaal zelf te doen. Misschien moet je als huisarts voor een paar dagdelen

per week een cardioloog of een internist inhuren. Dan verwatert ook dat onderscheid tussen de eerste en tweede lijn, en kun je echt de zorg gaan coördineren. Dat alles kost geld, maar haal dat maar weg bij het ziekenhuis.’

### **Waar staan we in pakweg 2040?**

‘Ik hoop dat tegen die tijd het zorgaanbod een afgeleide is van de gezondheidsrisico’s in een bepaalde regio. Dat zal er in Harderwijk anders uitzien dan in de Bijlmer. En ik hoop dat huisartsen, aanpalende disciplines en tweede lijn samenwerken en een echt vraaggericht zorgaanbod inrichten, dat de hele keten van preventie, zorg en welzijn omvat. Door gebruik te maken van *predictive modelling* kunnen we beter focussen op de gezondheidsrisico’s. Ook hoop ik dat we goed zicht krijgen op de zorgprestaties op praktijkniveau in termen van kwaliteit en gezondheid versus kosten.’

### **Huisartsen vinden uw analyse erg Amerikaans.**

‘Dat klopt wel een beetje. Ik denk dat we het nodige van die gekke Amerikanen kunnen leren. Je vindt daar de mooiste voorbeelden van geïntegreerde zorg, maar ook de meest waardeloze. Vanuit onze culturele achtergrond zullen wij nooit zo’n Angelsaksisch model omarmen, maar we kunnen daar wel de bruikbare dingen uitslopen en gebruiken voor een eigen Europees of Rijnlands model.

### **Wat zou u tegen huisartsen willen zeggen om ze te enthousiasmeren voor uw boodschap?**

‘Organiseer je, ga innoveren en kijk eens over de rand van je spreekkamer. Bedenk welke positie jij in dat speelveld van de gezondheidszorg wilt innemen. Wil je een centrale speler zijn en blijven, dan moet je je beter organiseren, anders red je het niet. Dan gaan andere partijen, zoals ziekenhuizen en private instellingen, het overnemen en de keten coördineren. De eerste lijn moet zijn bestaansrecht aantonen, maar het laatste onderzoek daaromtrent dateert uit 2010. Buitengewoon onhandig, want dit soort materiaal heb je nodig in je discussie met de zorgverzekeraar en VWS. Dus LHV, ga alsjeblieft in dat onderzoek investeren, anders wordt er op een gegeven moment gezegd: “Allemaal leuk en aardig, maar wat zijn jullie nou aan het doen? Wat is de toegevoegde waarde? Lever ons het bewijs!” Huisartsen moeten zorgen dat de kernwaarden van de eerste lijn geborgd worden in de nieuwe wereld. Ga praten over een veranderde financiering, over datamanagement, over het op juridisch verantwoorde wijze delen van data. En toon aan dat je in je regio toegevoegde waarde levert.’

### **Welke boodschap hebt u voor de toekomstige minister van VWS?**

‘Creëer meer ruimte voor de benodigde functionele randvoorwaarden. Zet in op die integrale zorgagenda gebaseerd op een mensgerichte benadering, zorg dat dat niet wegzakt. En houd op met dat onwijs veel geld stoppen in eHealth. Daar is genoeg ruimte voor in de private markt. Heel veel interventies zijn gewoon *shit*. Er bestaat geen bewijs dat het toegevoegde waarde heeft. Ik geloof dat eHealth nuttig kan zijn en je mag er best in investeren, maar de mate waarin dat nu gebeurt is buiten elke proportie. Sterker nog, het zou wel eens de grote fragmentator van onze toekomstige zorg kunnen worden. Al die apps: man, man, man. Het hypegehalte is me echt te groot. Gebruik het geld om data-analisten in de huisartsenpraktijk aan te stellen. Onze huidige minister, Edith Schippers, verwacht alle heil van technologie en eHealth. Die kunnen mooie toepassingen opleveren, maar het zijn weer allemaal systemen die niet met elkaar communiceren. Dan zie ik alweer die fragmentatie ontstaan – dat is echt mijn grootste angst.’

### **Hoe wordt er in huisartsenland gereageerd op uw analyse? Een beetje schouderophalend? ‘Het is**

complexe materie, waarbij alles met elkaar interacteert. Plus: het is niet sexy. Een middengroep van pakweg 60 procent van de huisartsen heeft denk ik geen boodschap aan mijn verhaal. Ze doen hun job, punt uit. Dat heeft ook met onwetendheid te maken. Het niet zien. Dan denk ik: “Snap nou dat er iets moet veranderen om je vak overeind en leuk te houden. Je kunt volgende week al beginnen met het detecteren van patiënten met meervoudige gezondheidsaandoeningen.” Mensen met een ingegroeide teennagel hoeft een huisarts niet zelf te zien. Concentreer je op de complexe gevallen, dan wordt je praktijk een stuk beheersbaarder. Als die wil om te innoveren ontbreekt, nemen andere partijen, zoals een ziekenhuis, het over, omdat ze beter kunnen organiseren en coördineren. Misschien moet dat in Nederland maar eerst gebeuren. Ik denk dat huisartsen dan heel snel in beweging komen.’



Dr. Pim Valentijn is lid van de Raad van Bestuur van trainingscentrum De Essenburgh en als senior onderzoeker gelieerd aan de Universiteit Maastricht en Academisch ziekenhuis Maastricht.