

# welles | nietes

## ICT in de zorgmarkt: een vreemd spel

Ontevredenheid over toegenomen kosten was een tiental jaren geleden een belangrijke stimulator voor vernieuwing van de zorgsector. Daarnaast kwamen de mogelijkheden van technologische verbeteringen door middel van informatie- en communicatietechnologie (ICT) in zicht. Deze twee bewegingen bevangen de zorg al enkele jaren. Kees Schuyt vermeldt in de G-lezing 2005 dat zorg een product is geworden. Een opvatting die volgens hem wordt weerspiegeld in de veranderde samenstelling van ziekenhuisbesturen: niet de medicus maar de industrieel maakt de dienst uit.

De bovengenoemde bewegingen hebben op het eerste oog niets met elkaar te maken. ICT is ondersteunende technologie: zij wordt vooral gebruikt bij het maken van facturen. Toch wordt ICT op steeds meer plaatsen ingezet. Dankzij ICT kun je meer, beter én sneller meten en overdragen, bijvoorbeeld via het elektronisch patiëntdossier.

Marktwerking in de zorg kent een gelijksoortige trend. Die markt kan alleen goed werken

als meer zorggerelateerde informatie beschikbaar is (tenminste volgens de betrokken partijen). De beide bewegingen, marktwerking en ICT, worden dus gekenmerkt door een gelijke informatiebehoefte. Immers: elke handeling die wordt uitgevoerd, elke afspraak die wordt gemaakt, alles wat gefactureerd kan worden, is voor de zorgmarkt van belang. De nu gebouwde systemen voldoen aan dat uitgangspunt: het zijn uitgebreide boekhoudpakketten.

Cijfers laten zien dat het elektronisch patiëntdossier niet leidt tot kwaliteitsverbetering van zorg. Wat het wel doet is het effectiever en efficiënter inplannen van patiënten, artsen en verpleging. Voor de industrieel uit het bestuur is dit herkenbaar als een 'enterprise resource planning system'. Maar wat was ook alweer het idee? De zorg zou goedkoper worden door marktwerking, en kwalitatief beter door ICT.

ICT in de zorg heeft dus uiteindelijk de marktwerking beter gemaakt, niet de patiënt. Een duivels dilemma voor de minister: hij heeft zijn resultaten gehaald, alleen op de verkeerde

plek. Dus wat te doen? Hoe zorgt de minister ervoor dat zijn volgende bal wél in het goede doel beland?

De oplossing is eenvoudig: wissel van speelveld. Het is logisch dat de invloed die verzekeraars op de markt hebben gekregen weer wordt beperkt. Het toenemend gebruik van ICT, waaronder de ontwikkeling van het elektronisch patiëntdossier, zorgt voor beheersing van de kosten. Maar door de marktwerking wordt deze winst weer aan de zorg onttrokken. Met het beperken van de marktwerking krijgt de minister dus precies dát wat hij wil: kostenbeheersing op de zorgmarkt, én ruimte voor kwaliteitsverbetering. En met deze wiseling van helft scoort de minister dan toch zijn doelpunt.

Leon Kuunders  
de auteur is ICT-adviseur

## Roerige tijden voor de GGD van de toekomst

Veiligheidsregio, Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning, centralisatie van taken uit de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid: kan de gemeente nog sturen en regisseren? Is er nog wel behoefte aan een gemeentelijke organisatie voor openbare gezondheidszorg? Of kan de uitvoering daarvan beter overgelaten worden aan marktpartijen of de landelijke overheid? En wat is dan nog de core-business van die openbare gezondheidszorg?

De GGD Groningen is hierover de discussie aangegaan met zijn medewerkers. De vraag was: hoe ziet de toekomst van de openbare gezondheidszorg eruit? Het leverde het volgende, soms wat sombere, beeld op.

Wij zien verschillende gezondheidsproblemen in de toekomst opdoemen: nieuwe infectieziekten en resistentieproblematiek, veiligheidsproblemen, gezondheidsproblemen als gevolg van milieuproblemen, een toenemend gebruik van verdovende middelen en toename aantal verslaafden, allemaal bedreigingen vanuit de directe of verre omgeving.

Veel gezondheidsproblemen van de toekomst komen voort uit allerlei maatschappelijke ontwikkelingen. De vergrijzing leidt tot meer mensen met functiebeperkingen, er wordt een groter beroep op zorg en de schaarse middelen gedaan en mantel- en vrijwilligerszorg worden overvraagd. Opvoedingsproblemen, pesten en hufterig gedrag, culturele acceptatieproble-

men en groeiende machteloosheid bij ouders van opgroeiende jeugd, zorgen daarnaast nog eens voor een verminderd veiligheidsgevoel.

Ten slotte voorzien we een groter beroep dat op de vangnetfunctie in de zorg wordt gedaan. Groeiende gezondheidsverschillen veroorzaken een nieuwe klassenindeling voor zorg en preventie, er ontstaat een grotere groep kansarmen met leefstijlproblemen, sociale achterstand, gebrek aan informatie en kennis en daarmee gebrek aan toegang tot zorg.

Voor marktpartijen is deze geschetste zorgvraag niet interessant. Een flexibel en breed inzetbaar, klein maar stevig overheidsapparaat is dus nodig. In de eerste plaats om de zorgvraag te signaleren en in kaart te brengen.

Ten tweede om te bekijken welke partners er ingezet kunnen worden. Om vervolgens zelf die zorg te verschaffen die elders niet wordt geboden. Met name op de 'parate' inzet anders dan op het 'rampenvlak' zal een beroep gedaan worden. Denk maar aan gezinscrises, zedenzaken, incidenten op wijk- of dorpsniveau, overlastveroorzakers (al dan niet met psychiatrische achtergrond), epidemieën en milieu-incidenten. Op veel van deze gebieden kan een beroep worden gedaan op de expertise en inzet van de eigen gemeentelijke gezondheidsdienst.

Ten slotte is er nóg een core-business van deze kleine stevige gemeentelijke gezondheidsdienst: de coördinatie van zorg, zorg voor de keten en het samensmeden waar vele organisaties actief zijn, met name in de zorg voor jeugd en voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek.

Wat betekent dit alles voor de GGD van de toekomst? Die GGD is een organisatie die snelle, adequate en professionele signalering van gezondheidsproblemen voor haar rekening neemt en 7x24 uur paraat is om incidenten,

crises en andere gezondheidsbedreigingen het hoofd te bieden. Het is een flexibele organisatie die snel een vangnet op allerlei terreinen kan organiseren, dat zichzelf indien mogelijk weer opheft. De GGD ziet markttechnisch niet-interessante taken als core-business en richt zich op 'empowerment', vooral van risicogroepen. De GGD van de toekomst staat garant voor coördinatie van zorg en ketenzorg en claimt een rol in de verdeling van de schaarste van de zorg (door zorgtoewijzing en -bemiddeling). En het is een organisatie die veel aandacht schenkt aan de psychohygiënische kant van gezondheidsvraagstukken (veiligheidsgevoel, geestelijke weerbaarheid et cetera).

Maar: om die GGD van de toekomst goed in de steigers te zetten, moet er nog heel wat verbouwingwerk worden gedaan. Het wordt tijd om daar nu aan te werken. Dat verbouwen is meer dan een schilderbeurt of het voorzetten van een mooie 'productenboek-gevel'. Het begint met een grondig kijken naar bestek en fundament: is de huidige GGD de organisatie die op die gemeentelijke en maatschappelijke

maat is toegesneden? Of is het een bolwerk waarin professionals zich verschuilen achter historische claims en wettelijke taken om te blijven doen wat ze altijd al deden? De Gemeentelijke GezondheidsDienst van de toekomst zet vensters en deuren open, snijdt inhoud en werkwijze in dienstverlening toe op de vraag en zorgt er in samenwerking met partnerorganisaties voor dat de verleende diensten worden uitgevoerd met professionele kwaliteit.

Marian Luinstra-Passchier

de auteur is arts maatschappij en gezondheid en hoofd Openbare Gezondheidszorg Stad bij de Hulpverleningsdienst GGD Groningen

## Heeft u al nagedacht over uw lokale aanpak overgewicht?

Verkrijgbaar bij het NIGZ:

Brochure Overgewicht: 15 normen voor opgroeien met een gezond gewicht: ingrediënten voor een lokale aanpak (december 2005), gratis (bestelcode KW051842)  
**Vernieuwd en uitgebreid met de 15 normen voor opgroeien met een gezond gewicht.**

Rapport Overgewicht: de gemeente aan zet. Een inventarisatie van gemeentelijke beleidsinstrumenten gericht op het voorkomen van overgewicht (april 2005), 54 pagina's, verkoopprijs €15,- (bestelcode KW051642)

Rapport Overgewicht: lokaal ingedikt en uitgediept. Een inventarisatie van lokale interventies gericht op het voorkomen van overgewicht (december 2004), 33 pagina's, verkoopprijs €15,- (bestelcode KW041552)

Deze publicaties zijn te bestellen onder vermelding van de bestelcode bij de klantenservice van het NIGZ (telefoon: (0348) 43 76 06), via klantenservice@nigz.nl of via de winkel op www.nigz.nl

Alle genoemde prijzen zijn exclusief verzendkosten. Deze publicaties zijn ook gratis te downloaden via de winkel op www.nigz.nl



# Kwaliteit door controle: een merkwaardige paradox

In 2004 publiceerde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) 'Bewijzen van goede dienstverlening'. In dit rapport wordt een analyse gemaakt van problemen rond de kwaliteit, doelmatigheid en professionaliteit in diverse grote maatschappelijk relevante sectoren zoals de gezondheidszorg. Al deze sectoren hebben met elkaar gemeen dat de afgelopen decennia overheidsingrijpen een bijna permanente factor was, met als zichtbare gevolgen voortdurende reorganisaties, bezuinigingen en grote bestuurlijke operaties.

Voor de gezondheidszorg heeft het rapport een aantal belangwekkende boodschappen. Misschien is de belangrijkste wel dat de tweeslachtigheid in het besturingsmodel – waarbij de koers en sturing bij verschillende partijen is neergelegd en het publieke karakter wordt veronachtzaamd – leidt tot een controlespiiraal.

Nu beleven we de apotheose van de beweging naar marktwerking in de zorg. De zorg als markt met concurrentie, verdringing, verschraling, faillissementen, luxe voor wie het kan betalen, standaard voor de massa en consumptieopvoerende maatregelen ('bij één heup de andere voor de halve prijs!') et cetera. Een perfectionering van meetsystemen, toezicht houden en controle op de verantwoording van de besteding van middelen is de reactie. Is het WRR-rapport door velen (ongelezen) weggelegd? Ons betoog: uit deze spiraal komen van toenemende controle, kosten en administratieve ballast, kan alleen maar door te kiezen voor loslaten. Het alternatief is doormodderen.

In de gezondheidszorg is het contactmoment tussen hulpverlener en patiënt het moment waarop kwaliteit wordt geleverd. De vreemde paradox van de afgelopen decennia is dat we het belang van de contactmomenten steeds verder hebben laten overvleugelen door het denken in controlesystemen en toezichtssystemen van buitenaf. Doorgaans gaan we ervan uit dat de klant best zelf kan beoordelen of kwaliteit en prijs goed in verhouding zijn. We zullen zelden teruggaan naar een garage die veel geld vraagt en die zijn afspraken niet

nakomt. We laten onze mening niet bepalen door de vraag of de garage regelmatig een klanttevredenheidsonderzoek verricht of dat ze een geaccrediteerd kwaliteitssysteem hebben. Zo'n aanbeveling kom je eigenlijk alleen maar tegen in reclamefolders.

In de gezondheidszorg zien we echter dat overheid – en de laatste jaren de zorgverzekeraars – telkens weer nieuwe controlemechanismen toevoegen, en dat gebeurt in een steeds hoger tempo, vaak in reactie op breed uitgemeten incidenten. Van enige afstemming of samenhang is amper sprake. De consequenties voor zorgaanbieders en individuele professionals is echter groot en de indirecte kosten nemen steeds verder toe. Uiteindelijk betalen we dit als klant van de zorg weer zelf. Niemand lijkt erbij stil te staan dat het zeer moeilijk is om van buiten naar binnen in complexe organisaties en systemen te kijken, en werkelijk een beeld te krijgen van de kwaliteit ervan.

Bij het denken over kwaliteit en de bewaking daarvan gelden in de markt en publieke sector verschillende normen- en waardensystemen. In een marktsysteem wordt uitgegaan van vrijwillige overeenkomsten, spaarzaamheid, stimuleren van comfort en gemak, concurrentie en keuzemogelijkheden, en initiatief en ondernemingszin. In de publieke sector geldt wat anders: gehoorzaamheid, discipline en hiërarchie, tradities, gebruik maken van uiterlijk vertoon, getoonde vastberadenheid, en 'wraak' en correctie (bijvoorbeeld tariefkortingen). Het ondoordacht mengen van deze twee normen- en waardensystemen leidt tot ongewenste effecten. Bij het denken over kwaliteit leidt het ene waardenstelsel (de markt) tot een automatisch verminderen van de afzet voor leveranciers van slechte kwaliteit, en het andere systeem tot extra controle, vastberaden uitspraken van de 'verantwoordelijke' minister en extra zorgpolitieagenten die moeten corrigeren.

Jaren is er gekeken naar de heilstaat die de privatisering van staatsbedrijven zou brengen. Bij de overgang van PTT naar KPN is het redelijk goed gegaan. Ronduit dramatisch is de veel bewierookte verzelfstandiging van de energiemarkt. Hoe gaat het straks in de zorg?

Daar is men kennelijk niet zo zeker van, getuige het leger toezichtorganen dat vooral moet zorgen dat de markt binnen kaders werkt. De speciale richtlijnen van die organen zullen de kosten weer doen stijgen. Bij stijgende kosten zullen de bezuinigingen gezocht gaan worden in de zorg zelf.

Het kiezen voor een marktsysteem kan alleen goed werken als deze keus ook tot in de fundamenten van het systeem wordt gemaakt. De minister is dan dus niet meer verantwoordelijk voor elk probleem en we accepteren ook de negatieve effecten van de markt. Als we dit niet willen, dan moet overtuigend gekozen worden voor een publiek stelsel. De huidige elementen van marktprikkels die zijn ingevoerd, hebben veelal onbedoelde consequenties. Die zouden we dan ook moeten durven heroverwegen.

Henri Plagge en Michel Dutrée

Henri Plagge is arts M&G en directeur/bestuurder van De Plaatsse, instelling voor gehandicaptenzorg in Zuid-Oost Brabant

Michel Dutrée is arts en algemeen directeur van Prismant, instituut voor advies, onderzoek en informatievoorziening



# Hoe 'illegaal' is een illegaal kind?

Hoe zit het met de preventieve jeugdgezondheidszorg aan illegaal in Nederland verblijvende kinderen, in de meeste gevallen kinderen van uitgeprocedeerde asielzoekers? Het is een fenomeen dat klaarblijkelijk niet zo bekend is, ook omdat het (gelukkig) niet zo vaak voorkomt. Niet alleen bij de medische opvang van asielzoekers (MOA), maar ook op landelijk niveau is er – zo blijkt – hierover geen beleid afgesproken. Waar hebben deze kinderen nu eigenlijk recht op? En hoe wordt dat betaald? Wie is ervoor verantwoordelijk? En wat betekent dit voor de bescherming van de gezondheid van het kind en de volksgezondheid in het algemeen?

Deze vragen hebben me als medewerker van de MOA – maar ook als privépersoon – aan het denken gezet. Een door mijzelf gehouden quickscan heeft me geleerd dat er niet gesproken wordt over kosten, zolang het gaat om kleine aantallen. De preventieve zorg aan 'illegale' kinderen wordt nu gewoon aangeboden door de uitvoerende instanties zoals de thuiszorg, de MOA en de GGD.

Pas al er een forse toename van het aantal illegale kinderen merkbaar is – bij de Inspectie

voor de Gezondheidszorg wordt gesproken over een getal boven de 5 procent – en het verlenen van zorg merkbaar een aanslag op het budget van de desbetreffende organisaties zou plegen, zullen er op regeeringsniveau aanvullende maatregelen genomen moeten worden, zo stelt de inspectie. Die maatregelen zouden dan de preventieve jeugdgezondheidszorg moeten waarborgen voor de illegaal in Nederland levende kinderen.

Wat mij nu bezighoudt is dit: is er eigenlijk wel sprake van 'illegale kinderen'? Elk kind heeft immers recht op scholing en op medische zorg, zowel curatief (lees: medisch noodzakelijk) als preventief (bijvoorbeeld de zorg van de JGZ en de vaccinaties volgens het rijksvaccinatieprogramma)? Onlangs was er in de media al sprake van een uitkering die deze kinderen zouden moeten krijgen zodat ze geld hebben voor kleding, scholing en gezonde voeding. Je zou toch denken dat je dan niet illegaal bent? Hoe legaal is illegaal dan?

En als dit zo is, hoe zit het dan met de ouders van het kind? Sinds de invoering van de Koppelingswet in 1998 kunnen illegalen geen

aanspraak maken op overheidsvoorzieningen. De overheid wil niet dat een illegaal een schijn van legaal verblijf kan wekken, doordat hij een beroep kan doen op deze voorzieningen. Men wil zo ook het verblijf in Nederland ontmoedigen. Maar betekent dit dan in de praktijk dat er nationale en internationale afspraken liggen die de bescherming van kind en zijn/haar gezondheid beschermen, maar dat de ouders daarbuiten vallen? Hoe kan een (illegale) ouder dan goed voor zijn kind(eren) zorgen? Het klinkt zo mooi, deze afspraken waar het de kinderen betreft, maar wat zegt de praktijk? Het zou een mooie discussie zijn, die we in ons werkveld en op landelijk niveau eens zouden moeten voeren.

Mieke van Soest  
kwaliteitsfunctionaris Stichting MOA  
Limburg

## PROEFSCHRIFT Jetta Klijnsma

# versterk lokale inzet voor preventie

Vier jaar geleden kreeg de gemeentelijke betrokkenheid op het gebied van de openbare gezondheidszorg nog een dikke onvoldoende van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Inmiddels verdienen ze een pluim, zo blijkt uit het recente IGZ-rapport 'De staat van de openbare gezondheidszorg'. Gemeenten moeten nu werken aan intensivering van de inzet en investeren in kwaliteit.

IGZ plaatste kritische opmerkingen over de beperkte financiering van de openbare gezondheidszorg. De verhoudingen tussen cure en care en preventie zijn sterk onevenwichtig: slechts enkele promillen voor preventie. Wordt het niet eens tijd om het roer radicaal om te gooien en als rijk een impuls te geven aan de versterking van de collectieve preventie? Ook de suggestie van IGZ om de verzekeraars aan te spreken op hun bijdrage én de samenwerking en afstemming met de gemeente te zoeken, kunnen helpen. Het zijn immers de verzekeraars die het meest profiteren van de effecten. Het rijk kan inspireren door de inzet van de verschillende departementen – met name de 'harde' – af te stemmen op gezondheid. Daarbij moeten we geen illusies koesteren over de maakbaarheid van de gezondheid door de overheid. Voor bestrijding van overgewicht helpt het verbieden van McDonald's alleen niet. Er is draagvlak

in de hele samenleving nodig. En een samenhangende aanpak, waarbij het rijk kaders creëert en lokaal de vertaling wordt gemaakt naar doelgroepen als allochtonen, lage ses en jeugd. De gemeente kan GGD, bewoners en welzijnsinstellingen daarvoor bij elkaar brengen. We moeten wel een evenwicht vinden in de taakverdeling tussen rijk en gemeente, een die de burger het beste bedient en dus recht doet aan de autonome positie van gemeenten. Er is voor vele gemeenten een mentale grens aan de sluipende recentralisatie. Waar ligt nog de meerwaarde van een gemeentelijke rol? Draag als rijk best practices en evidence based methodieken aan. Versterk de relatie tussen de GGD en gemeente en versterk het gemeentefonds met extra middelen. En doe dat ook structureel; tijdelijke maatregelen passen hier niet.

Het IGZ-rapport laat zien dat de gemeenten op het terrein van de openbare gezondheidszorg het nodige in hun mars hebben. Dat is een belangrijke vingerwijzing voor de andere discussie, die over de WMO.

Jetta Klijnsma  
de auteur is wethouder in Den Haag en voorzitter van de VNG-commissie Welzijn en Volksgezondheid