

derhoud veel voorspelbaarder zijn dan de kosten van reparatie. Denk maar aan de periodieke gebitscontrole. Het heeft feitelijk weinig zin om dit te verzekeren.

Kees gaat regelmatig naar de garage met zijn auto. Nieuwe filters en olie, af en toe nieuwe banden; het hoort er allemaal bij. Het valt helaas niet onder zijn autoverzekering. Jammer, maar hij snapt het wel.

WAT KEES NIET WIL

Als we de zorgmarkt als een *reparatiemarkt* beschouwen, worden 'producten' verhandeld die u als afnemer liever niet wilt hebben totdat u ze nodig heeft. En als u ze nodig heeft, weet een ander beter wat u nodig heeft dan dat u dat weet. Hoe zorg je er nou voor dat mensen krijgen wat ze nodig hebben, niet te veel en niet te weinig en tegen de kosten die ervoor staan? Ga er maar aan staan.

De overheid zou in een dergelijke reparatiemarkt in ieder geval niet het ge-

bruik van zorg moeten stimuleren, zoals Polder en Brouwer bepleiten door de zorg als *merit good* te willen beschouwen. Als er onverhoopt toch reparaties nodig zijn, dan zou het een taak van de overheid kunnen zijn om ervoor te zorgen dat de markt niet faalt.

Een reparatiemarkt is een typische verzekeringsmarkt. Daar spelen de termen gelijkheid en rechtvaardigheid een heldere rol. Kenmerkend van een verzekering is een *gelijke* verdeling van betalingen (al of niet naar koopkracht, waarmee dan de rechtvaardigheid geregeld wordt) en vervolgens een *ongelijke* verdeling van ontvangen producten. Er is absoluut geen relatie tussen betalen en genieten: we betalen voor iets waarvan we het meest genieten als we het niet krijgen!

Kees hoopt natuurlijk zo weinig mogelijk gebreken aan zijn Hummer te krijgen. Hij is blij dat het laatste probleem voor 45 euro verholpen kon worden. Natuurlijk blijft hij zijn autoverzekering betalen, gewoon voor het geval dat. Dat geeft toch zekerheid. Bovendien is het

verplicht, maar dat is natuurlijk niet het belangrijkste.

U herkent de analogie met uw lichaam: u hoopt natuurlijk dat u aan het eind van uw leven heel veel meer betaald heeft aan zorg dan dat u aan zorg geconsumeerd heeft. Ik en ook Kees hopen dat in elk geval wel.

LITERATUUR

1. *Akerlof, George A.* The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quart J Econom* 1970; 84:488-500.
2. *Dulleck U, Kerschbamer R.* On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods. *J Econom Lit* 2006; XLIV(march):5-42.

CORRESPONDENTIEADRES
RIVM, centrum VTV, postbus 1,
3720BA Bilthoven, tel. 0302744134,
e-mail: laurens.zwakhals@rivm.nl

Functionele omschrijving van integrale geriatrische zorg

Mariëlle Plochg-Holtmann,¹ Carolien Koning,¹ Fons Hopman²

Met de komst van de Zorgverzekeringswet (ZVW) heeft de functiegerichte omschrijving haar intrede gedaan. Een functionele omschrijving laat zorgverzekeraars de ruimte zelf invulling te geven aan wie de zorg gaat leveren en waar de zorg plaatsvindt, zolang het binnen het 'wat' en 'waar' van de verzekerde prestaties valt. Denken in functies, deskundigheden en instrumenten wordt leidend en daarmee ook de vraag: 'Wat is nodig om deze specifieke cliënt van goede zorg te voorzien en wie kan dit leveren voor welke kwaliteit en prijs?' De functionele omschrijving van het zorgaanbod faciliteert in het belang van de verzekeraar

het contracteren van voldoende, regionaal en kwalitatief goede zorg en levert in het belang van de verzekerde een bijdrage aan de samenhang en organisatie binnen de zorg.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) meent dat de huidige omschrijving van geriatrische zorg in de ZVW nu en in de toekomst niet toereikend is om afspraken te maken over het 'wie en waar' als het gaat om het leveren van de zorg. Regioplan Beleidsonderzoek heeft in opdracht van het CVZ een inventariserend onderzoek¹ uitgevoerd. Via deskresearch, interviews met sleutelfiguren, een webenquête onder geriatrische professionals en een klankbordgroepbijeenkomst, is gekeken naar de ontwikkelingen in integrale geriatrische zorg. Bovendien is een conceptueel schema ont-

worpen om geriatrische zorg integraal en functiegericht te omschrijven. In dit artikel staat de inhoud en het belang van dit conceptuele schema centraal.

(INTEGRALE) GERIATRISCHE ZORG

Integrale geriatrische zorg is multidisciplinaire zorg voor zorgvragers ouder dan zeventig jaar, die een complexe zorgvraag hebben met een atypische presentatie van ziekten. Typerend voor deze zorgvraag, en dus voor het benodigde geriatrisch zorgaanbod, is dat deze zich uitstrekt over verschillende sectoren. Uit het onderzoek komt naar voren dat op dit moment alle sectoren van de gezondheidszorg (vormen van) geriatrische zorg

leveren waarbij het aanbod divers is. Als sprake zou zijn van een geïntegreerd aanbod, zouden delen van geriatrische zorg worden gegeven door diverse zorgaanbieders uit verschillende sectoren die naadloos op elkaar aansluiten. Echter, het huidige aanbod is voornamelijk gericht op de afzonderlijke sectoren en is weinig geïntegreerd en vraaggericht. Hiernaast wordt het aanbod van integrale geriatrische zorg bemoeilijkt doordat de financiering van geriatrische zorg deels in de AWBZ en deels in de ZVW is geregeld. Ook is er in de zorg voor ouderen een belangrijke rol weggelegd voor gemeenten (WMO) en de sociale omgeving van ouderen.

Ondanks deze knelpunten zijn er kansrijke ontwikkelingen binnen de geriatrische zorgverlening op terreinen als bundeling van krachten van branche- en beroepsorganisaties, het opzetten van innovatieve projecten gericht op integrale geriatrische zorg en het daadwerkelijk centraal stellen van de geriatrische patiënt bij de zorgverlening.

CONCEPTUEEL SCHEMA

Om de geriatrische zorg meer integraal en functiegericht te omschrijven, is een conceptueel schema ontwikkeld (zie figuur 1). Het schema is mede gebaseerd op het ontwikkelde model voor de Functiecatalogus acute zorg.²

Het conceptuele schema is verdeeld in drie fasen: 'toegang', 'behandeling en herstel' en 'vervolgzaam'. In de eerste fase 'toegang' ligt de nadruk op de entree in de zorg en het bepalen van de vervolgstap. De tweede fase 'behandeling en herstel' richt zich op het opheffen van een tekort en in de derde fase 'vervolgzaam' gaat het hoofdzakelijk om de kwaliteit van leven.

Het uitgangspunt van het schema is dat de oudere zorgvrager centraal staat. De oudere zorgvrager komt op enig moment in aanraking met de zorg; dit begint in de toegangsfasen. De patiënt wordt behandeld met mogelijk herstel. Het kan ook zijn dat vervolgzorg nodig is. De pijlen in het schema en de cirkel die deze pijlen vormen, laten zien dat de patiënt de drie fasen zonder hindernissen kan doorlopen, maar ook eenvoudig kan terugkeren naar een eerdere fase. Dit im-

pliceert integrale geriatrische zorg, waarbij een soepele overgang tussen de fasen een voorwaarde is. De patiënt moet flexibel kunnen terugvallen op een andere fase al naar gelang de zorgbehoefte. Dit is van belang aangezien de zorgbehoefte van de geriatrische patiënt kan fluctueren en de zorgvraag van de geriatrische patiënt een langdurig karakter heeft, die over het algemeen pas eindigt bij het overlijden van de patiënt.

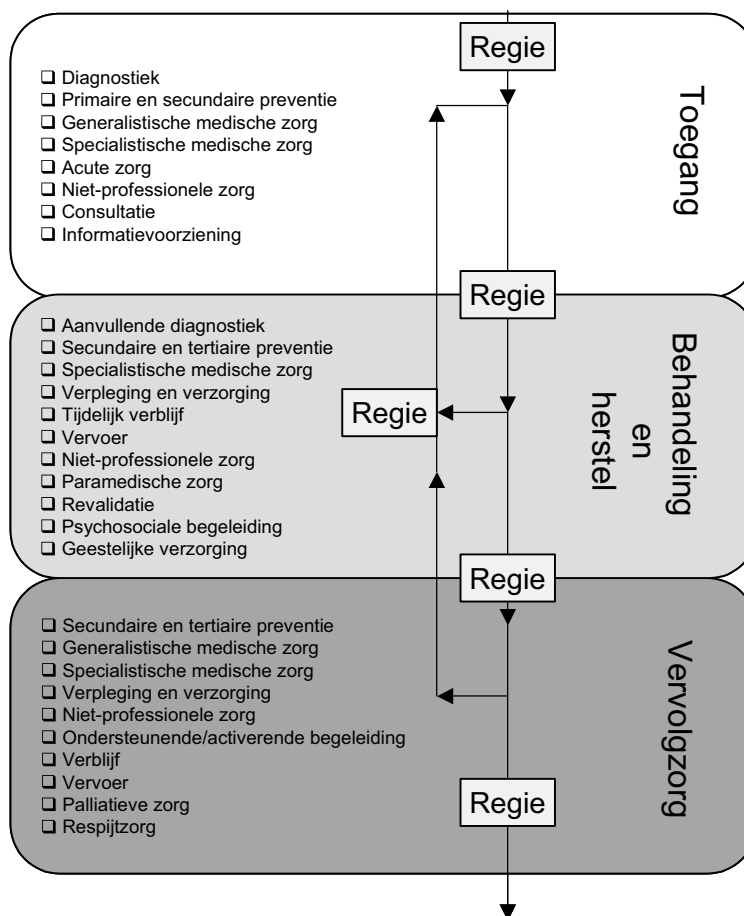
Per fase zijn de functies aangegeven die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. De functies worden ondersteund door deskundigheden en instrumenten. Deskundigheid is de kennis die nodig is om de omschreven functies te kunnen leveren en de instrumenten zijn de randvoorwaarden die maken dat bepaalde functies kunnen worden geleverd. Een detailoverzicht en invulling van de onderscheiden functies, deskundigheden en instrumenten is terug te vinden in het onderzoeksrapport.¹

WAT KAN DIT SCHEMA VOOR DE ZORGVERZEKERAAR BETEKENEN?

Het belang van het conceptuele schema voor de zorgverzekeraar valt uiteen in twee delen: (1) informatie over aanwezigheid en samenhang in (nieuwe) functies en (2) de onmogelijkheid om het conceptuele schema voor ziektespecifiek zorginkoop te benutten.

Inzicht in aanwezigheid en samenhang functies

Zorgverzekeraars kunnen met het conceptuele schema inventariseren welke functies aanwezig zijn, waar zich lacunes bevinden en welke aanbieders in een regio in staat zijn de functies (in samenhang) te leveren. De zorgverzekeraar kan zich bij zorginkoop richten op die aanbieders die erin slagen een goed afgestemd aanbod te creëren, of hij kan zich richten op aanbieders die de nieuwe functies zoals 'niet-professionele zorg' en 'regie' aanbieden.



Figuur 1 Conceptueel schema functiegerichte integrale geriatrische zorg

Het zorgaanbod hoeft niet enkel binnen het domein van de verzekerde zorg te liggen. Het schema biedt bijvoorbeeld ook mogelijkheden voor verzekeraars om een faciliterende rol te spelen bij de ondersteuning van de niet-professionele zorg. Dat is mogelijk in het kader van de zorginkoop en in concrete ondersteuning, zoals in de vorm van respijtzorg.

Ziektespecifieke zorginkoop

In het onderzoek is getoetst of het mogelijk is om het conceptuele schema ziektespecifiek te maken, zodat een zorgverzekeraar voor bepaalde groepen geriatrische zorgvragers niet alleen functiegericht maar ook ziektespecifieke zorg zou kunnen inkopen (maatwerk). Om dit te achterhalen is tijdens het onderzoek onderscheid gemaakt in veelvoorkomende geriatrische aandoeningen: de zeven aandoeningen met het hoogste prevalentiecijfer onder 65-plussers in 2000.³ Dit zijn dementie, psychiatrische aandoeningen, hartziekten, astma/COPD, beroerte, diabetes en ziekten van het bewegingsapparaat.

De vooronderstelling was dat het conceptuele schema generieke en specifieke functies bevat. Generieke functies zijn functies die een zorgverzekeraar altijd zou kunnen inkopen, ongeacht de aandoening van een patiënt. Deze functies moeten dus standaard aanwezig zijn in de fasen 'toegang', 'behandeling en herstel' en 'vervolg zorg'. Naast deze generieke functies zouden er mogelijk specifieke functies zijn die wel samenvallen met een bepaalde aandoening. Als dit zo is, kan de zorgverzekeraar in theorie ziektespecifieke functies inkopen aan de hand van de regionale zorgbehoefte.

De poging om het conceptuele schema meer ziektespecifiek te maken strandde, omdat bij geriatrische zorg comorbiditeit een dominante rol speelt. Ziektespecifieke zorginkoop is daarom bijna per definitie niet goed mogelijk bij integrale geriatrische zorg. Wellicht is een grover onderscheid, zoals een uitsplitsing naar ouderen met een verstandelijke handicap, ouderen met een GGZ-indicatie of allochtone ouderen, wel zinvol. Dan wordt meer uitgegaan van een doelgroepbenadering.

WAT KAN HET VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT BETEKENEN?

Geriatrische patiënten gaan een langdurige relatie aan met verschillende zorgaanbieders. De zorgvraag van de groep geriatrische zorgvragers laat zich moeilijk voorspellen. De verzekerde kan de verschillende fasen iteratief doorlopen: na behandeling en herstel kan hij weer in de fase 'toegang' komen. Het is daarbij ook mogelijk dat hij voor verschillende zorgvragen in verschillende fasen tegelijk verkeert. Het is daarom van groot belang dat er een goed overzicht en regie is op de totale zorg. De verzekerde of zijn informele verzorgers houden bij voorkeur die regie zo lang mogelijk zelf. Overnemen is pas in laatste instantie aan de orde. Hiermee hangt het belang van de functie 'niet-professionele zorg' samen. Een ondersteunend sociaal netwerk is vaak van doorslaggevend belang voor de geriatrische zorg. Als de regie moet worden overgenomen, komt de vraag aan de orde waar die functie het best kan worden belegd. Daarbij spelen domeinstrijd, indicatiestelling en het ontbreken van structurele financiering van casemanagement een rol.

WAT GAAT HET CVZ DOEN MET DEZE RESULTATEN?

De komende decennia krijgt Nederland te maken met de zogenoemde 'dubbele vergrijzing'. Epidemiologische en demografische ontwikkelingen maken het nodig proactief te reageren op de komende zorgvraag. Die zorgvraag kenmerkt zich niet alleen door volumetoename, maar ook door co-morbiditeit en verlies aan zelfregie. Alleen méér zorg is daarom onvoldoende. De aard van de problematiek vraagt ook om een ándere aanpak dan tot nu toe gebruikelijk.

'De' geriatrische patiënt bestaat niet: de steeds verschillende co-morbiditeit, culturele achtergrond, sociaal-economische status en beschikbaarheid van een ondersteunend sociaal netwerk, maakt het nodig dat het zorgaanbod flexibel kan inspringen op individuele zorgvragen, die per individu in de tijd ook nog kunnen wisselen. Het conceptuele sche-

ma biedt die flexibiliteit in principe in voldoende mate. Maar wat is er nodig om meer integraliteit in de werkelijkheid tot stand te brengen?

Binnen de bestaande wet- en regelgeving is veel mogelijk gezien een aantal veelbelovende innovatieve projecten die bestaan. Echter, het blijkt dat best practices niet vanzelf tot gangbare praktijk worden. Domeinstrijd, kennisfragmentatie en schotten in de financiering lijken de belangrijkste belemmeringen te zijn.

Op zich zijn alle inhoudelijke functies uit het conceptuele schema voorhanden. Echter, uit het onderzoek blijkt dat de regiefunctie het minst duidelijk is belegd, terwijl deze in elke fase en in toemende mate van belang is voor een integrale benadering van de geriatrische patiënt.

Het CVZ zal begin 2008 de pakketagenda voor het komende jaar vaststellen, waarbij het CVZ aangeeft op welke onderwerpen het zich zal richten. Gezien de demografische ontwikkelingen neemt de urgentie van integrale geriatrische zorg toe en zal dit onderwerp aandacht krijgen op de pakketagenda.

Het ontbreken van een goede regiefunctie in de geriatrische zorg kan het CVZ de komende tijd verkennen. Belangrijke vragen hierbij zijn: gaat die regiefunctie alleen over de zorginhoudelijke aspecten, of ook over aanpalende voorzieningen vanuit de WMO en over de ondersteuning van het sociaal netwerk? Waar is die functie het best belegd, en hoe voorkom je nodeloze medicalisering van de dagelijkse zorg aan geriatrische patiënten? Welke taken omvat de regiefunctie: signaleert de regievoerder zorgvragen en speelt hij die door aan de zorgverlener, of stuurt hij de zorg ook aan?

Het CVZ ziet voor zichzelf een taak om gepast zorggebruik en een goede toegang tot zorg te bevorderen. Gepast gebruik betekent kwalitatief goede zorg tegen zo gering mogelijke kosten. In dit kader heeft het CVZ ter ondersteuning van hulpverleners in de geriatrische zorg een onderzoek voor de ontwikkeling van het 'Geriatrisch formulair' gefinancierd met als doel een beoordelingssysteem te ontwikkelen voor de toepasbaarheid van geneesmiddelen bij ouderen. Deze beoordelingssystematiek kan worden gebruikt bij het opstellen van een geriatrisch formulair. Goede toegang

betekent dat de zorg beschikbaar en uitvoerbaar moet zijn. Omdat wordt gesignaleerd dat het doorbreken van domeinden, bekendheid met de mogelijkheden van wet- en regelgeving en de beschikbaarheid van de goede instrumenten van belang zijn, zou het CVZ op een of meer van die terreinen een stimulerende rol kunnen vervullen. Dit zal in afstemming met andere initiatieven, zoals het Landelijk Dementie Programma, en met professionals en cliëntorganisaties moeten gebeuren.

Het kabinet zal naar aanleiding van het advies dat de SER begin 2008 zal uitbrengen, beslissen over de toekomst van de AWBZ. Het CVZ kan advies uitbrengen over de manier waarop die besluitvorming het beste kan worden geïmplementeerd. Het kan dan gaan om overheveling van zorg van AWBZ naar ZVW of WMO of instroom naar nieuwe zorgvormen, zoals regiefuncties.

ABSTRACT

With the arrival of the Zorgverzekeringswet (ZVW, Cure Insurance Act) functional description came into use. Functional description creates an opportunity for health

insurers to actively decide who will provide care and where, as long as the 'what' and 'where' criteria of the insured performances are met. Thinking in terms of functions, expertise and instruments has become a guiding principle and with it also the question: 'What is needed to provide this specific client with good care and who can provide it for what quality and what price?' In the interest of insurers, the functional description of the health care supply enables insurers to contract sufficient, regionally oriented and high-quality care. Moreover, in the interest of the client, functional description contributes to the coherence and organisation within health care.

The College voor zorgverzekeringen (CVZ, Health Care Insurance Board) is of the opinion that both with regard to the present and the future situation, the current description of geriatric care in the ZVW is inadequate when it comes to entering into agreements on the question who will provide care and where. By order of the CVZ, Regioplan Policy Research conducted an inventory survey.¹ By means of desk research, interviews with key fig-

ures, a web survey among geriatric professionals and a sounding board group meeting, the developments in integrated geriatric care have been investigated. Moreover, a conceptual scheme has been designed in order to describe geriatric care in terms of integratedness and functions. The focus of this article is on the contents and significance of this conceptual scheme.

LITERATUUR

1. Koning CC, Plochg-Holtmann M. Geriatriche zorg. Een inventariserend onderzoek naar een functionele omschrijving van integrale geriatriche zorg. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek, 2007.
2. CVZ en Plexus Medical Group. Functiecatalogus acute zorg. Diemen: CVZ en Plexus Medical Group, 2006.
3. Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.

CORRESPONDENTIEADRES

Drs. M. Plochg-Holtmann, cluster Zorg, Regioplan Beleidsonderzoek, Nieuwezijds Voorburgwal 35, 1012 RD Amsterdam, tel. 020-5315385, e-mail: marielle.plochg@regioplan.nl

Kennis beter benutten in de gedragsgerichte preventie: een analyse van het implementatiepotentieel van ZonMw projecten

Gerard Molleman,¹ Jolanda Keijsers,² Sarah Pos,¹ John Krol,³ Margeet Bloemers,³ Willem de Regt³

Onlangs verscheen het rapport 'Kennis beter benutten in de gedragsgerichte preventie: een analyse van het implementatiepotentieel van ZonMw projecten'.¹ In dit rapport wordt nagegaan wat er met de projecten over leefstijl en gezondheidsbevordering is gebeurd uit het eerste en tweede preventieprogramma

en het programma Gezond Leven. ZonMw heeft ruim negentien miljoen euro in deze projecten geïnvesteerd. Van de 104 geanalyseerde projecten hebben er 99 een adequaat vervolg gekregen. Dat is veel meer dan de onderzoekers verondersteld hadden. Tegelijkertijd kunnen de vele brokken kennis uit de projecten nog beter benut en beschikbaar gesteld worden. Dit artikel vat de resultaten en de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit het rapport samen.

AANLEIDING EN VRAAGSTELLING

ZonMw en het NIGZ ontwikkelen kennis over gedragsgerichte preventie en bevorderen de toepassing hiervan in praktijk, beleid en onderzoek. In 2005 sloten beide organisaties een samenwerkingsovereenkomst om beter vorm te geven aan deze gezamenlijke doelstelling. Als onderdeel van deze samenwerking