



# Waardevolle zorg

Kwaliteit en doelmatigheid voor verpleegkundigen

Henny van Lienden  
Hiske Calsbeek



## Waardevolle zorg

# Waardevolle zorg

Kwaliteit en doelmatigheid voor verpleegkundigen

Henny van Lienden  
Hiske Calsbeek

© 2018, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

Ofschoon iedere poging is ondernomen volgens de auteurswet rechthebbenden van het in dit boek opgenomen illustratiemateriaal te traceren, is dit in enkele gevallen niet mogelijk gebleken. In het onderhavige geval verzoekt de uitgever rechthebbenden contact met hem op te nemen.

Deze uitgave maakt deel uit van een reeks die geïnitieerd is door Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences (IQ healthcare), Celsus, academie voor betaalbare zorg, Nijmegen.

NUR 882/897

ISBN 978 90 232 5601 4

ISBN ebook 978 90 232 5602 1

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Omslagontwerp: Peter van Klingeren, Criterium – Concept en Visuele Communicatie, Arnhem

Grafische verzorging en epub: LINE UP boek en media bv, Groningen

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte

‘Tja’, zei de zorgverlener, ‘als ik een patiënt voor me heb, dan denk ik aan deze individuele persoon, aan de korte termijn, aan wat er nu concreet moet gebeuren en ik denk niet meteen aan de kosten die ik maak. En als ik met een manager praat, dan is het zo dat hij abstract redeneert, vanuit de grote groepen mensen voor wie wij er als ziekenhuis zijn, hij redeneert over de lange termijn en het gaat toch veel vaker over geld. Dat verschil in perspectief maakt een gesprek soms lastig.’

‘Tot men zich werkelijk inzet, is er aarzeling. In durf ligt genialiteit, kracht en magie besloten.’

Wolfgang von Goethe (1749–1832)

# Inhoud

VII

Ten geleide .....	XI
Voorwoord .....	XIII
Inleiding .....	XV
Referenties .....	XIX
<b>Hoofdstuk 1 Kostenstijgingen en andere trends .....</b>	<b>1</b>
1.1 Inleiding .....	2
1.2 De zorguitgaven stijgen en dat doen ze overal .....	2
1.3 De moderne gezondheidszorg in Nederland: groot, groter, grootst .....	3
1.4 Hoe doen we het internationaal gezien? .....	5
1.5 Waar geven we het geld aan uit? .....	6
1.6 De geschatte groei per overheidssector in Nederland .....	6
1.7 Hoe goed is de Nederlandse gezondheidszorg eigenlijk? .....	7
1.8 Hoe gaat het verder? De te verwachten ontwikkelingen .....	8
1.9 De stijging van de levensverwachting en de gezondheid .....	9
1.10 Mensen met intensieve zorgbehoeften .....	10
1.11 Verspilling in de zorg .....	11
Vragen en opdrachten .....	12
Referenties .....	12
<b>Hoofdstuk 2 De betaalbaarheid van de zorg .....</b>	<b>14</b>
2.1 Inleiding .....	15
2.2 Kunnen en willen betalen .....	15
2.3 De zorg als 'wicked problem' .....	17
2.4 Wat te doen om de zorgkosten te beteugelen? .....	18
Vragen en opdrachten .....	21
Referenties .....	21

<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Kwaliteit en doelmatigheid: een begrippenkader</b>	22
3.1	Inleiding	23
3.2	'Het werk goed aanpakken?'	23
3.3	Kwaliteit van zorg	23
3.4	Kosten en doelmatigheid	27
3.5	Van Triple Aim naar Quadruple Aim	29
3.6	De vier doelstellingen van Quadruple Aim toegepast	31
	Referenties	32
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Minder is soms meer</b>	34
4.1	Inleiding	35
4.2	Wat is onnodige zorg?	35
4.2.1	Onnodige handelingen volgens zorgprofessionals	36
4.2.2	Hoe vaak worden onnodige zorghandelingen gedaan?	36
4.2.3	De 'beter laten'-lijst	37
4.2.4	De 'slim zorgen'-lijst	39
4.3	Verstandige keuzes	39
4.4	Terugdringen van onnodige zorg	40
4.5	Praktijkvariatie	42
4.6	Welke effecten heeft 'minder is soms meer'?	43
	Vragen en opdrachten	44
	Referenties	44
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Zelfsturing</b>	46
5.1	Inleiding	47
5.2	Een definitie van zelfsturende teams	47
5.3	Zelfsturing in de praktijk	48
5.3.1	Een voorbeeld: de organisatie Omring	49
5.4	Zoek-het-zelf-maar-uit-teams?	51
5.5	Zelfsturing vanuit het perspectief van leidinggevendenden	52
5.6	Wat levert zelfsturing op?	53
	Vragen	53
	Referenties	54
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Slimmere bedrijfsvoering</b>	55
6.1	Inleiding	56
6.2	Een doelmatigere inrichting van organisaties	56
6.3	Minder regels en bureaucratie	57
6.4	Betere maaltijdvoorziening	59
6.5	Effecten van slimmere bedrijfsvoering	60
	Vragen	61
	Referenties	61

<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Zorgnetwerken: het voorbeeld ParkinsonNet</b>	62
	7.1 Inleiding	63
	7.2 ParkinsonNet	64
	7.3 ParkinsonNet: betere zorg en lagere kosten	69
	7.4 Wat levert ParkinsonNet op?	70
	Vragen en opdrachten	70
	Referenties	71
<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>Verschuiving van taken en verantwoordelijkheden in de zorg</b>	72
	8.1 Inleiding	73
	8.2 Een verkenning van begrippen	73
	8.3 Voorbeelden van taakverschuiving tussen het verpleegkundig en het medisch domein	74
	8.3.1 De verpleegkundig specialist in de orthopedie	75
	8.3.2 De PA als zaalarts	75
	8.3.3 De verpleegkundig specialist in de eerste lijn	76
	8.3.4 De gespecialiseerde verpleegkundige	76
	8.4 Is taakverschuiving in de zorg succesvol?	77
	Vragen	78
	Referenties	79
<b>Hoofdstuk 9</b>	<b>Focusklinieken</b>	80
	9.1 Inleiding	81
	9.2 Drie voorbeelden van focusklinieken	82
	9.2.1 Het Aravind-oogzorgsysteem in India	82
	9.2.2 Martini-Kliniek in Hamburg: radicale prostatectomies	83
	9.2.3 De 'focused factory' van de Mayo Clinic	84
	9.3 Focusklinieken: kwaliteit en lagere kosten?	85
	9.4 Wat is de bijdrage van de focuskliniek?	87
	Vragen en opdrachten	87
	Referenties	88
<b>Hoofdstuk 10</b>	<b>Value-based health care: meer waarde voor ons geld?</b>	89
	10.1 Inleiding	90
	10.2 Het gedachtegoed van 'value-based health care' van Porter	90
	10.3 Santeon en het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	92
	10.4 Kosteneffectiviteit en waarde	94
	10.5 Kritiek op Porters Values-Based Health Care	95
	10.6 Value-based health care en het Quadruple Aim-model	98
	Vragen en opdrachten	99
	Referenties	99



<b>Hoofdstuk 11</b>	<b>Geld werkt</b>	100
	11.1 Inleiding	101
	11.2 De huidige bekostiging: dbc's	101
	11.3 Zorgverbetering als vliegwiel voor minder kosten	103
	11.4 Alternatieven	104
	11.4.1 Ziekenhuis Bernhoven	104
	11.4.2 Integrale bekostiging en populatiegebonden bekostiging	107
	11.5 Wat is het resultaat van andere bekostiging?	108
	Vragen	109
	Referenties	109
<b>Hoofdstuk 12</b>	<b>Rust vinden in een hectische wereld</b>	110
	12.1 Inleiding	111
	12.2 Mindfulness: een definitie	112
	12.3 Wat zijn de feiten?	113
	12.4 Mindfulness en verpleegkundigen	114
	12.5 Mindfulness en dokters	115
	12.6 Mindfulness en patiënten	116
	12.7 Conclusies uit het mindfulnessonderzoek	117
	12.8 Rust vinden, present zijn	117
	12.9 Wat meer balans en rust kan opleveren	118
	Vragen	119
	Referenties	119
<b>Hoofdstuk 13</b>	<b>De invloed van verpleegkundigen op kwaliteit en doelmatigheid</b>	121
	13.1 Inleiding	122
	13.2 Verpleegkundig leiderschap	124
	13.3 Verpleegkundig ondernemerschap	126
	13.4 Afsluiting	128
	Vragen	128
	Referenties	129
	<b>Nawoord</b>	131
	<b>Over de auteurs</b>	133
	<b>Register</b>	135

# Ten geleide

XI

Dit boek verschijnt in een periode waarin enkele boeken uitkomen die voor de verpleegkundige beroepsgroep van belang zijn. We noemen ze even kort, om de plaats van dit boek – *Waardevolle zorg, kwaliteit en doelmatigheid voor verpleegkundigen* – goed te kunnen duiden.

In het voorjaar van 2017 is het boek *Verpleegkundig leiderschap* verschenen. Centraal in dit boek staat hoe je als verpleegkundige invloed hebt op de kwaliteit van de zorg en de verdere professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep. Het boek helpt je om op ontdekkingsreis te gaan en leiderschap te oefenen, te leren en te proberen om de eigen werksituatie en de zorg te verbeteren. Dit gedachtegoed wordt in hoofdstuk 13 van dit boek gebruikt om terug te kijken op de voorbeelden in het hele boek.

Daarnaast loopt begin 2018 het kennisprogramma ‘Celsus, academie voor betaalbare zorg’ ten einde. De Celsus academie heeft als onderdeel van IQ healthcare van het Radboudumc vanaf 2013 onderzoek gedaan naar en onderwijs verzorgd over de betaalbaarheid van de zorg. Dit heeft in het voorjaar van 2018 geleid tot een grote wetenschappelijke publicatie: *Betaalbare zorg*. In het boek dat nu voor je ligt, *Waardevolle zorg*, zijn de wetenschappelijke inzichten die de Celsus academie heeft opgeleverd vertaald naar een leerboek voor het hbo, in het bijzonder voor verpleegkundigen.

Ten derde komt begin 2018 het boek *Leiderschapsontwikkeling van verpleegkundigen* uit. Dit boek richt zich eveneens op de hbo-opgeleide verpleegkundige en gaat onder andere in op het ontwikkelen van klinisch leiderschap, waarbij de zeven eigenschappen van Covey centraal staan: van het leren nemen van verantwoordelijkheid tot persoonlijke reflectie, waarin de student reflecteert op ‘heb ik het goede gedaan om de juiste reden’.

Tot slot verschijnt er medio 2018 het boek *Gezondheid organiseren*. Ook dat boek richt zich op verpleegkundigen. Hierin wordt veel uitgebreider en diepgaander ingegaan op de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg dan in dit boek *Waardevolle zorg* mogelijk en wenselijk is. Veel aandacht wordt besteed aan manieren om welzijn en zorg duurzaam te organiseren, in aansluiting bij de transitie en transformatie in de zorg. Hierbij staat gezondheid centraal.

# Voorwoord

XIII

Een boek schrijven met daarin de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek van de Celsus academie naar betaalbare, doelmatige zorg en dat dan ook nog zodanig dat het goed leesbaar is voor niet-wetenschappers. Een boek voor verpleegkundigen bovendien, dat laat zien dat het verbeteren van kwaliteit van zorg heel goed samen kan gaan met het verlagen van kosten. Dat is het idee dat ik Patrick Jeurissen voorlegde, in de zomer van 2016. Ik ben Patrick dankbaar dat hij mij in de gelegenheid heeft gesteld om dit idee ten uitvoer te brengen.

Het schrijven van het boek is een enorme klus geweest, veel meer werk en veel ingewikkelder dan ik van tevoren dacht. Daarom was het vanaf een zeker moment ook logisch om dit project niet alleen te volbrengen. En zo moet de ik-vorm waarmee dit voorwoord begonnen is, vervangen worden door de wij-vorm en is onder dit voorwoord de naam van Hiske Calsbeek toegevoegd.

We zijn dank verschuldigd aan:

- Hester Vermeulen voor de gedachte dat een dergelijk boek heel goed geschreven zou kunnen worden vanuit het concept van verpleegkundig leiderschap. Dat is ook een van de belangrijke gedachtes van het boek geworden. Hester heeft goede ideeën aangedragen en advies gegeven;
- Hub Wollersheim en Marit Tanke voor hun zeer accurate en bemoedigende commentaar op conceptversies van dit boek;
- Karel Peter Compagne voor de uitgebreide gesprekken over de focus van het boek;
- Simone van Dulmen voor haar grote inbreng in het hoofdstuk 'Minder is soms meer'. Minder doen in de zorg begint met een hoop werk, dat is duidelijk;
- Anne Speckens voor de gesprekken over mindfulness als mogelijk onderwerp in dit boek (dat toch – in ieder geval deels – een boek over economie is).

We zijn verder de medewerkers van de Celsus academie en IQ healthcare erkentelijk dat ze ons hierbij – allemaal op hun eigen manier – hebben geholpen: Inger Abma, Wieteke van Dijk, Stef Groenewoud, Jolanda van Haren, Florien Kruse, Mariëlle Ouwens, Angelique Schlieff, Niek Stadhouders, Floris Vlaanderen, Joost Wammes en Philip van der Wees.

Ook dank aan alle andere mensen die ons hierbij, ieder vanuit hun eigen deskundigheid, hebben geholpen: Bas Bloem, Sanne Bouwman, Gerda Dokter, Peter van Dun, Irma Harmelink, Annemarie Haverhals, Piet Hermans, Jeannette Holtman, Bauke Koekkoek, Tijn Kool, Xander Koolman, Miranda Laurant, Henk Nies, Annemarie van Ooijen, Hans van den Nieuwenhuijzen, Johan Polder, Bastiaan Ravesteijn en Agnes de Vries.

Und Dr. Helmuth Jäger, vielen Dank für deine originelle Ideen und gut geschriebene Kolumnen.

We willen tot slot Sonja Geurts en Mirre Dieleman van Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum bedanken voor hun flexibele opstelling bij de totstandkoming van het boek.

XIV

Renate Zondag, dank voor je geduld en je wijsheid.

Henny van Lienden  
Hiske Calsbeek

# Inleiding

‘Het lijkt wel alsof het alleen nog maar om geld gaat. Wanneer gaat het weer eens over onze cliënten?’ verzuchtte ze. ‘Toen ik bij deze instelling begon, was het nog leuk. Ik heb deze locatie mede opgezet, er was aandacht voor hoe we dit gingen inrichten, er was een goede sfeer onder de collega’s en de cliënten reageerden daar goed op. Sinds een paar jaar is het allemaal erg veranderd, we krijgen scholing over hoe we moeten registreren, de instelling krijgt immers geld op basis van de geregistreerde activiteiten. Daar keken we vroeger niet zo naar. Ik snap wel dat het nu anders moet. Maar het lijkt wel of registratie tegenwoordig belangrijker is dan de aandacht voor cliënten. “Wanneer gaat het weer eens over onze cliënten?” heb ik bij een scholing weleens gevraagd, maar daar krijg je geen antwoord op.’

Vermoedelijk is dit een herkenbare reactie voor veel mensen die in de zorg werken. Iedereen weet wel dat de uitgaven voor de gezondheidszorg ieder jaar stijgen, maar niet iedere zorgverlener heeft het gevoel dat er voldoende geld beschikbaar is voor datgene wat hij of zij moet doen. In de jeugdzorg, waar deze hartenkreet vandaan komt, is niet voldoende geld beschikbaar om aan de vraag naar zorg te voldoen.<sup>1</sup> Een ander voorbeeld is afkomstig uit een rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 2016 waaruit blijkt dat in veel verpleeghuizen de zorg onvoldoende is.<sup>2</sup> Blijkbaar is er veel extra geld nodig om de verpleeghuiszorg te verbeteren.<sup>3</sup> Op de website van beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) geven verpleegkundigen aan dat ze niet altijd voldoende tijd kunnen besteden aan de mensen die ze moeten verzorgen. De boosdoener is in veel gevallen ‘het geld’ of ‘het budget’.

Deze en ook andere voorbeelden laten zien dat er blijkbaar een spanning is tussen goede kwaliteit van zorg en de daarvoor beschikbare gelden. Het is natuurlijk zo dat zorg geld kost en dat geld in eerste instantie een middel is om het doel van goede zorg te bereiken. Maar bij de stijgende kosten – zoals we die in de zorg al lange tijd zien – ligt het ook voor de hand om te kijken of we de uitgaven niet kunnen beperken. Dan wordt het in de hand houden van de uitgaven ook een doel. Het lukt blijkbaar niet altijd om het doel van goede zorg en het in de hand houden van de uitgaven op een goede manier met elkaar te verenigen.

Steeds vaker echter zien we initiatieven en ontwikkelingen waarin het lukt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en tegelijk de kosten in de hand te houden, in een aantal gevallen zelfs te laten dalen. Het streven naar meer kwaliteit en doelmatig(er) omgaan met de beschikbare middelen kunnen heel goed hand in hand gaan. Daarvan willen we in dit boek voorbeelden geven, herkenbaar en binnen de invloedssfeer van

verpleegkundigen, soms dichtbij en soms wat verder af van de directe patiëntenzorg. Dat daarbij de kwaliteit van zorg voorop staat, is vanzelfsprekend.

Je zou kunnen zeggen dat de voorbeelden gaan over een 'goede koop'. Dat is immers de oorspronkelijke betekenis van 'goedkoop', een goede deal of 'waar voor je geld'. Dit boek gaat over 'waar' en dus ook over 'waarde'. Dat is de reden dat we als titel 'waardevolle zorg' hebben gekozen. In begrippen als 'goede koop', 'waar voor je geld' of 'waardevol' gaat het steeds om het product of een dienst dat je krijgt en de kwaliteiten die het heeft en dus om de waardevolheid ervan. Tegelijkertijd gaat het ook om de kosten die je moet maken om het product of de dienst te krijgen. En als je zegt dat je 'waar je voor geld krijgt', dan zeg je dat de kosten die je moest maken redelijk zijn in relatie tot de kwaliteit van het product.<sup>4</sup>

Overigens is zorg niet alleen een waarde in economische zin, zorg is ook een morele waarde. We vinden het van belang dat we als samenleving voor elkaar zorgen; zorg op zich is al een waarde in ethische zin. De gezondheidszorg als systeem is immers ook gebaseerd op solidariteit, op naastenliefde, op het zorgen voor elkaar. Dat maakt zorg ook waardevol.

In de zorgverlening gaat het in de eerste plaats om het verlenen van goede zorg, waarbij de patiënt centraal staat. We sluiten in dit boek aan bij een veelgebruikte definitie van kwaliteit van zorg<sup>5</sup> waarbij goede zorg naast patiëntgericht ook veilig, effectief, toegankelijk én doelmatig moet zijn. Onder doelmatige zorg wordt dan zorg verstaan waarbij zo veel mogelijk verspilling wordt vermeden. Ook sluiten we aan bij een veelgebruikt kader waarin kwaliteit en kosten samen komen, namelijk het Triple Aim-model<sup>6</sup> waarin gestreefd wordt naar betere zorg, hogere kwaliteit van leven en lagere kosten. Bovendien is de laatste jaren steeds meer aandacht voor werkplezier of arbeidstevredenheid van zorgverleners om uitval als gevolg van ziekte of burn-out te voorkomen. Er wordt dan ook wel gesproken van Quadruple Aim<sup>7</sup>, oftewel een viervoudige doelstelling waarbij gestreefd wordt naar:

- betere zorg, in termen van het verbeteren van de ervaringen van patiënten;
- betere gezondheid van de bevolking, in termen van meer kwaliteit van leven;
- lagere kosten, door het doelmatig inzetten van middelen, tijd en energie;
- meer welzijn van de zorgverleners, in termen van betere ervaringen van zorgverleners.

In hoofdstuk 3 komen we hierop terug; daar zullen we ook een aantal economische principes over kosten uiteenzetten.

De voorbeelden in dit boek zijn zo gekozen dat ze aansluiten bij dit kwaliteitskader, maar ook bij de verpleegkundige beroepsuitoefening, zodanig dat verpleegkundigen zich erin kunnen herkennen en er in zekere mate ook invloed op uit kunnen oefenen. We zullen ieder voorbeeld zo helder mogelijk maar ook beknopt uiteenzetten en verwijzen daarbij naar relevante literatuur en bronnen voor degenen die meer willen lezen. Maar eerst beschrijven we in hoofdstuk 1 de actuele ontwikkelingen in

de zorg, met name de kosten die we met zijn allen maken en welke kant dat opgaat. De stijgende zorgkosten leiden bovendien tot een 'betaalbaarheidsvraagstuk', waarin twee vragen aan de orde zijn: 'kunnen we het betalen?' en 'willen we het willen betalen?'. Dit vraagstuk behandelen we in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 presenteren we dus een kader voor kwaliteit en kosten waarna we in hoofdstuk 4 tot en met 12 verschillende voorbeelden beschrijven.

In hoofdstuk 4 'Minder is soms meer' laten we zien dat het heel zinvol kan zijn minder te doen, minder te behandelen. We behandelen onder andere de 'Beter Laten'-lijst, een lijst voor verpleegkundigen van handelingen die beter achterwege gelaten kunnen worden. Daarnaast gaan we in op activiteiten van Choosing Wisely: een wereldwijde beweging die erop gericht is betere medische keuzes te maken, ook vaak door minder te doen.

In de hoofdstukken 5 en 6 laten we zien dat het werken in zelfsturende teams en slimmere bedrijfsvoering positieve effecten op kwaliteit en kosten kunnen hebben. Deze hoofdstukken zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op het project 'In voor zorg!' dat van 2009 tot 2017 heeft geduurd. Dit project was vooral gericht op de langdurige zorg.<sup>8</sup>

In hoofdstuk 7 behandelen we heel beknopt de thema's zorgnetwerken en internet. Deze beide ontwikkelingen maken allerlei vernieuwingen mogelijk. We zijn er vrij zeker van dat deze fenomenen de hele structuur van zorg gaan veranderen. Om dit te illustreren behandelen we ParkinsonNet, dat alle mogelijkheden om netwerken te vormen en de mogelijkheden die digitalisering biedt optimaal benut.

In hoofdstuk 8 behandelen we taakherschikking, een ontwikkeling waarbij taken in de zorg anders worden verdeeld. In het bijzonder zullen we ingaan op de verschuiving van taken en verantwoordelijkheden van artsen naar verpleegkundigen.

In hoofdstuk 9 gaan we in op focusklinieken. Focusklinieken zijn instellingen die zich diepgaand specialiseren in een of enkele behandelingen. We gaan ook hier in op de vraag of dit leidt tot betere resultaten en lagere kosten.

Hoofdstuk 10 beschrijft *value-based health care*. Dit hoofdstuk sluit nauw aan op hoofdstuk 9; de werkwijze die in focusklinieken gebruikelijk is, komt hier weer terug. We geven een voorbeeld van hoe er in Nederland mee gewerkt wordt binnen de Santeon-ziekenhuizen. Het idee van 'waar voor ons geld' dat we in dit boek centraal stellen, is mede gebaseerd op het 'value-based health care'-gedachtegoed van Porter.<sup>4</sup> Dit gedachtegoed levert veel op, maar er is ook kritiek: voor Porter is waarde (uitkomsten voor de patiënten) alleen een economisch begrip, maar zoals gezegd is het ook een ethisch begrip. Daar gaan we nader op in.

In hoofdstuk 11 gaan we in op bekostiging. 'Geld werkt' is hier het motto: hoe een instelling wordt bekostigd, bepaalt mede wat er in een instelling gebeurt. Aanpassing van de bekostiging kan tot betere keuzes leiden.

Hoofdstuk 12 is getiteld 'Rust vinden in een hectische wereld'. Bij wijze van uitzondering kijken we hier in de eerste plaats naar de zorgverleners. Zorgverleners

moeten in alle drukte ook zelf hun eigen balans vinden tussen inspanning en ontspanning. Mindfulness lijkt daarbij een zinvol hulpmiddel.

We sluiten het boek af met hoofdstuk 13 over verpleegkundige invloed. Immers, dit boek is geschreven voor verpleegkundigen (in opleiding). Verpleegkundigen zijn bij uitstek degenen die dicht bij de patiënt staan, veel contact hebben met een patiënt, zijn naasten en ook andere zorgverleners. Ze spelen een belangrijke rol in keuzes en beslissingen gedurende het zorgtraject (verpleegkundigen zijn in de VS de beroepsgroep die het meest wordt vertrouwd). Waar in de voorgaande hoofdstukken voorbeelden zijn beschreven van het werken aan kwaliteit en doelmatigheid, wordt in dit hoofdstuk stilgestaan bij de mogelijkheden voor verpleegkundige invloed. Dit doen we op basis van het verpleegkundige beroepsprofiel<sup>9</sup>, waar de competenties van het verpleegkundig leiderschap en verpleegkundig ondernemerschap zijn beschreven. Het thema van het verpleegkundig leiderschap is recentelijk verder uitgewerkt; van die inzichten maken we ook gebruik.<sup>10</sup>

De meeste hoofdstukken ten slotte beginnen met een casus, soms ook met een uitspraak van een minister of een prikkelend citaat uit een artikel. De casussen zijn gebaseerd op onze eigen ervaring in de zorg of met het lesgeven erin. Soms heeft een casus ook betrekking op een fictieve situatie. In alle gevallen is de casus, de uitspraak of het citaat bedoeld om aan het begin van een hoofdstuk de gedachten van de lezer te bepalen.

In dit boek gaat het over ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. We zullen deze termen zoveel mogelijk gebruiken. Als we in zijn algemeenheid spreken over een setting waarin zorg wordt verleend, zullen we de term 'zorgorganisatie' gebruiken.

In dit boek gaat het natuurlijk vaak over verpleegkundigen. Maar in sommige gevallen zullen we ook de term 'zorgverlener' gebruiken. Hier kan het dan zowel over verpleegkundigen gaan, als over verplegenden, verzorgenden, dokters en alle andere beroepsbeoefenaren die op een of andere manier zorg verlenen.

We zullen vanaf nu spreken over 'patiënten', waar ook bewoners, cliënten, of zorgvragers, zieken, bedoeld hadden kunnen zijn. Uitzonderingen daargelaten natuurlijk.



## Referenties

- 1 Nieuwsbericht op NU.nl op 28 september 2017: uit een onderzoek van de NOS en *Binnenlands Bestuur* onder 228 gemeenten blijkt dat ruim driekwart van de gemeenten inmiddels een wachtlijst voor de jeugdzorg heeft.
- 2 IGZ (2016). *Eindrapport toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen*. Den Haag.
- 3 Brief staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer (4 juli 2017). Betreft Schriftelijk Overleg (SO) inzake VSO inzake Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg (31 765, nr. 273).
- 4 Over 'waar voor je geld' gesproken: dat is ook een kernidee van het gedachtegoed van value-based health care dat Michael Porter in een omvangrijk boek heeft beschreven (zie: Porter ME & Olmsted Teisberg E (2006). *Redefining Health Care*. Harvard: Harvard Business Review Press). Het idee van Porter is dat we in de zorg meer toe moeten naar een situatie waarin de waarde voor de patiënt voorop staat. De uitkomsten – datgene wat de zorg oplevert voor patiënten – moeten meer centraal komen te staan. Dat lijkt niet zo'n revolutionaire gedachte; toch heeft het consequent werken met deze gedachte wel vrij vergaande consequenties voor zorgorganisaties. Dit komt terug in hoofdstuk 10 over value-based health care.
- 5 Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press.
- 6 Berwick D, Nolan T & Whittington J (mei 2008). The Triple Aim: care, health and cost. *Health Affairs*, 27, 759-769.
- 7 Bodenheimer T & Sinsky C (november/december 2014). From Triple Aim to Quadruple Aim. *Annals of Family Medicine*, 12 (6), 573-576.  
Overigens is op de website van het Institute for Healthcare Improvement IHI meer informatie te vinden over Triple Aim en Quadruple Aim ([www.ihl.org](http://www.ihl.org)).
- 8 De eindrapportage van 'In voor Zorg!' is te vinden op [www.invoorzorg.nl/ivz](http://www.invoorzorg.nl/ivz).
- 9 Lambregts J, Grotendorst A & Merwijk C van (red.). (2016). *Bachelor of Nursing 2020, een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 10 Vermeulen H, Holleman G et al. (2017). *Verpleegkundig leiderschap*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

# 4 Minder is soms meer

De oude vrouw schuifelde tergend langzaam door de grote zaal van het verpleeghuis.

‘Ja, daar heb ik echt aan moeten wennen’, zei de verzorgende die met haar armen over elkaar de vrouw gadesloeg. ‘Normaal neem je een rolstoel en breng je mevrouw even snel naar de andere kant van het gebouw. Maar het is belangrijk dat mensen dingen zelf blijven doen. Dat is gezond en het is veel leuker voor de mensen, het geeft voldoening. We nemen nu onze bewoners de dingen veel minder uit handen, ook al kost hen dat veel meer moeite dan ons. Maar ze doen het nu wel zelf, en daar gaat het om.’

Na een eindeloos lijkende periode ging de vrouw de bocht om en verdween uit zicht.

## 4.1 Inleiding

Het bijzondere van vrijwel alle casussen die we in dit boek zullen zien, is dat er iets gedaan wordt. Zorgverleners zijn doeners, ze zijn graag actief en zijn opgeleid om te handelen. Uit deze casus blijkt dat zorgverleners nu minder (zichtbaar) actief zijn dan voorheen. Minder actief zijn wil niet zeggen dat je meteen gaat stilzitten en niets doen. Maar begeleiden of samen doen, of afwachtend beleid afspreken is wel even wennen, als je gewend bent om snel te handelen of om 'dingen uit handen te nemen'. Toch kan het erg zinvol zijn om bepaalde handelingen niet uit te voeren of om nog even af te wachten. Terughoudend zijn met handelen kan goed zijn vanwege de positieve gezondheidseffecten die het met zich meebrengt – uit kosten oogpunt, maar ook vanuit het perspectief van de medewerkers en de zelfredzaamheid van de patiënt. Daar wordt nog weinig bij stilgestaan en daarom nemen we deze perspectieven mee in dit hoofdstuk.

## 4.2 Wat is onnodige zorg?

Onnodige zorghandelingen komen nog veel voor in de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden. Onnodige zorg betreft zorg die de patiënt niet ten goede komt vanwege:

- mogelijke alternatieven;
- (andere) voorkeuren van de patiënt;
- de (mogelijke) schade; of
- de kosten (in verhouding tot de opbrengsten).<sup>1</sup>

Door onnodige zorghandelingen uit te bannen kan bovendien extra tijd gecreëerd worden voor andere patiënten en voor activiteiten die bijvoorbeeld vaak aan het einde van een dienst blijven liggen.

Grofweg zijn onnodige handelingen in te delen in twee groepen: zorg die ineffectief is en zorg die een patiënt eigenlijk ook zelf kan uitvoeren. Ineffectieve zorg is zorg die geen toegevoegde waarde heeft, maar wel tijd in beslag neemt en soms zelfs schadelijk kan zijn voor de patiënt. Voorbeelden van ineffectieve zorg zijn het overmatige gebruik van extra inleggers in incontinentiebroekjes, poeders en zinkzalf of preoperatief scheren. Dit vergroot de kans op huidirritatie, huidletsel of zelfs infecties, met grote gevolgen van dien. Een ander voorbeeld is de toepassing van de auscultatiemethode. Deze methode is onbetrouwbaar en kan zelfs leiden tot het overlijden van de patiënt, maar deze wordt toch nog regelmatig toegepast door zeker zo'n 30 procent van de zorgprofessionals.<sup>2</sup> Zorg die een patiënt zelf kan uitvoeren gaat over handelingen die door een verpleegkundige of verzorgende wordt gedaan terwijl de patiënt deze ook zelf kan uitvoeren, al dan niet met een hulpmiddel. Bijvoorbeeld het aan- of uittrekken van steunkousen.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden dagelijks ervaren dat zij onnodige zorghandelingen uitvoeren.<sup>3</sup> Ook uit de nationale en

internationale literatuur blijkt dat onnodige zorg vaak voorkomt en dat het uitdagend is om onnodige handelingen, die tot de dagelijkse praktijkroutine zijn gaan behoren, uit te bannen.<sup>4</sup>

## 36

### 4.2.1 Onnodige handelingen volgens zorgprofessionals

Beroepsvereniging V&VN voerde in maart 2017 een peiling uit onder haar leden. Aan de verpleegkundigen en verzorgenden werd gevraagd naar hun mening over handelingen in hun dagelijks werk die beter gelaten hadden kunnen worden. Zo'n zeshonderd verpleegkundigen en verzorgenden uit diverse sectoren (langdurige zorg, ziekenhuiszorg, ggz) reageerden op deze peiling. Hier kwam een duidelijke top 5 uit naar voren van overbodige handelingen:<sup>5</sup>

- 1 onnodig vaak controleren van vitale functies (temperatuur, bloeddruk, pols);
- 2 dagelijks zwachtelen en het aantrekken van steunkousen;
- 3 het vervangen en onderhouden van katheters, infusen en stoma's, dat niet volgens protocol gebeurt;
- 4 dagelijks volledig wassen van mensen en het standaard gebruik van water en zeep;
- 5 het overnemen van handelingen die de patiënt – eventueel na instructie – zelf kan verrichten.

Het merendeel van deze onnodige zorghandelingen vindt dagelijks plaats. Aan de verpleegkundigen is ook gevraagd waarom deze handelingen nog worden uitgevoerd. De belangrijkste redenen die de respondenten noemen, zijn cultuur en 'omdat we het altijd zo doen'. In een kwart van de gevallen wordt dit gedaan omdat de patiënt het wil of omdat de arts het wil.<sup>5</sup>

'In mijn vorige wijk was een opmerkelijk fitte heer die elke ochtend moest wachten op het dagelijkse ritueel steunkousen aantrekken. Nadat ik meneer had geïntroduceerd met het glijkousje en hijzelf zijn steunkousen aan kon doen, bedankte hij mij voor het terugkrijgen van zijn vrijheid! Niet meer afhankelijk zijn en 's ochtends gewoon heerlijk op zijn fiets kunnen stappen om naar zijn moestuin te gaan.'

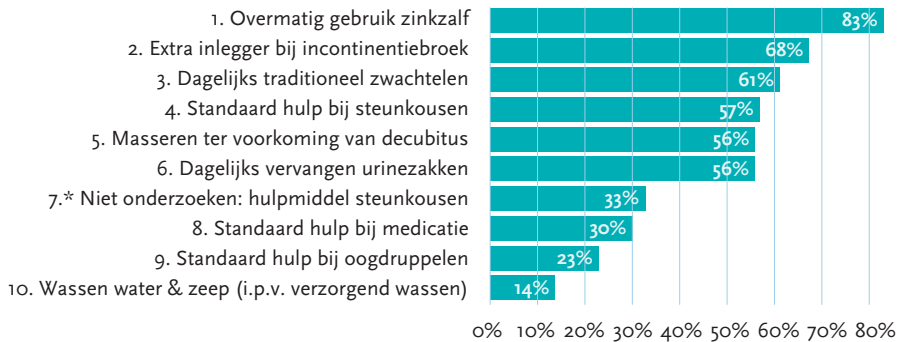
### 4.2.2 Hoe vaak worden onnodige zorghandelingen gedaan?

Op 16 november 2015 publiceerde Zorg voor Beter de resultaten van de Zelftest<sup>6</sup>, die door 2.315 bezoekers van de website was ingevuld. De resultaten waren opvallend: zes van de tien onnodige zorghandelingen bleken nog massaal te worden uitgevoerd.

De drie meest uitgevoerde onnodige zorghandelingen zijn:

- Overmatig gebruik van zinkzalf om smetten te voorkomen (vooral als er nog geen sprake is van smetplekken). In de richtlijnen wordt dit afgeraden; het vergroot juist het risico op huidletsel.
- Een extra inlegger in incontinentiemateriaal. Dit heeft een averechts effect; het veroorzaakt juist lekkage.
- Het dagelijks zwachtelen van patiënten die zwachtels nodig hebben. Beter alternatief: veel zwachtels kunnen langer blijven zitten.

Top 10: onnodige zorghandelingen



\*NB: hiermee wordt bedoeld dat de hulp bij steunkousen onnodig is als de cliënt de steunkousen zelf aan en uit kan trekken met een hulpmiddel.

Figuur 4.1. Top 10 meest toegepaste onnodige zorghandelingen  
Bron: Vilans<sup>3</sup>

### 4.2.3 De 'beter laten'-lijst

In 2017 is er in de richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden gekeken naar specifieke aanbevelingen over terughoudendheid met het uitvoeren van handelingen. Deze methode voor het identificeren van onnodige zorghandelingen is identiek aan de methode die eerder is gebruikt voor het identificeren van onnodige handelingen uit medisch-specialistische richtlijnen. In 2016 zijn 193 medisch-specialistische richtlijnen gescreend. Er werden toen 1.366 aanbevelingen gedaan die een medische handeling afraadt of aanraadt er terughoudend mee te zijn.<sup>7</sup> Voor de verpleegkundigen en verzorgenden zijn in totaal 125 richtlijnen en kwaliteitsstandaarden, gepubliceerd tussen 2012 en 2017, gescreend. Dit heeft geleid tot een lijst met 66 'beter laten'-aanbevelingen. Een 'beter laten'-aanbeveling is dus een aanbeveling uit de richtlijn om bepaalde verpleegkundige handelingen niet te doen of om er terughoudend mee te zijn.

Een voorbeeld van een ‘beter laten’-aanbeveling luidt: ‘Gebruik geen bedekkend verbandmateriaal bij primair gesloten wonden.’ De behandeling van wonden is een belangrijk onderdeel van de dagelijkse praktijk van verpleegkundigen en verzorgenden in de eerste, tweede en derde lijn. Wanneer de wond (nog) open is, wordt deze afgeplakt met een pleister of gaas. Wanneer de wond dichtzit, is het niet meer nodig dat deze wordt afgeplakt. Toch gebeurt dit nog veel in de dagelijkse praktijk. Volgens verpleegkundigen omdat ‘patiënten het fijn vinden als er een verband op zit’ en ‘patiënten denken dat het afplakken minder kans geeft op infecties’. Het verbinden van wonden die gesloten zijn, heeft niet minder risico op het krijgen van een infectie – bovendien zijn er ook nadelen. Het verwijderen van verbandmateriaal kan pijnlijk zijn en het kan de huid beschadigen. Het verbinden kost bovendien geld en tijd. Goede uitleg en instructies aan de patiënt zijn van wezenlijk belang.

**Beter Laten:** hoe besparen we tijd, leed en geld in de zorg?  
Welke handelingen kunnen verpleegkundigen en verzorgenden beter laten? **Voorbeeld:**

# Wondzorg

## Wat is het?



Reinig en bedek geen primair gesloten wonden.



## Waarom Beter Laten?

Dit draagt niet bij aan wondgenezing, voorkomt geen infecties en het verwijderen van verband of pleisters kan pijnlijk zijn.

## Hoe vaak komt het voor?

Jaarlijks worden er bijna

**1,5 miljoen**

operaties uitgevoerd in Nederland.



Verpleegkundigen reinigen en bedekken de meeste operatiewonden routinematig.

Per wond worden er gemiddeld

**2**

pleisters gebruikt.

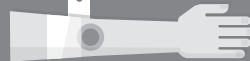


## Wat kunnen we besparen?



### Tijd

Een verpleegkundige is gemiddeld 5 minuten bezig met wondverzorging.



Naar schatting 2 minuten om de patiënt uit te leggen dat een pleister niet nodig is.

### Geld & tijd

Als de helft van de operatiewonden niet meer bedekt wordt bespaart dit jaarlijks ongeveer:



**€ 2.100.000**  
verbandmateriaal



**94.000** uur wondzorg



**€ 2.800.000**  
salariskosten

## Wat kun jij doen?

1



Reinig of bedek geen primair gesloten wonden.

2



Gebruik geen antiseptica bij primair gesloten wonden vanwege het geringe risico op infectie.

3



Bekijk meer aanbevelingen in de richtlijn wondzorg.

**Figuur 4.2** Infographic ‘beter laten’-wondzorg  
Bron: V&VN<sup>8</sup>

#### 4.2.4 De 'slim zorgen'-lijst

In verpleeghuizen en in de wijkverpleegkundige zorg is de afgelopen jaren een 'slim zorgen'-lijst ontwikkeld met aanbevelingen die zorghandelingen afraden. De factsheet *Slim zorgen. Maak verstandige keuzes in de langdurige zorg!* is ontwikkeld om verpleegkundigen en verzorgenden te ondersteunen bij het verlenen van gepaste zorg en te stoppen met onnodige zorg. Vilans heeft deze lijst opgesteld op basis van een inventarisatie onder zorgmedewerkers. Het gaat om handelingen die in de praktijk nog worden uitgevoerd, maar waarvan de zorgmedewerkers twijfelen of ze het goed doen of hebben gehoord dat het anders kan. Ook hebben partijen zoals de Patiëntenfederatie Nederland, ZonMw, V&VN, Actiz, VGN en Verenso bijgedragen aan deze lijst. In figuur 4.3 kun je daar een voorbeeld van zien. Vilans doet hier onderzoek naar en laat op hun website veel voorbeelden zien van 'slim zorgen'.

## Slim Zorgen

Maak verstandige keuzes in de langdurige zorg!

# 1
wassen

---

**Kies niet standaard voor wassen met water en zeep**

Bedlegerige mensen, mensen met pijn, vinden wassen met water en zeep vaak oncomfortabel en vermoeiend. Het draaien en tillen maakt deze zorghandeling fysiek belastend voor de cliënt én de zorgverlener. Bovendien droogt wassen met water en zeep de huid uit. Verzorgend wassen is dan vaak een uitkomst. Bij verzorgend wassen gebruiken zorgverleners geen water en zeep, maar speciale, met lotion geïmpregneerde, pH-neutrale, voorverwarmde washandjes. Beter voor de huid en gemiddeld besparen zij hiermee 10 minuten per wasbeurt.

**Figuur 4.3** Een voorbeeld uit de 'slim zorgen'-aanbevelingen  
Bron: Vilans<sup>9</sup>

### 4.3 Verstandige keuzes

De aandacht voor terughoudendheid en onnodige zorg is ook ingebed in het programma 'Verstandig Kiezen' van de Federatie Medisch Specialisten. Dit programma is gebaseerd op de Choosing Wisely-campagne in de Verenigde Staten (gestart in 2009) en heeft als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren en kosten te verminderen door aanbevelingen op te stellen over gepaste zorg. Inmiddels heeft de Choosing Wisely-campagne in meer dan twintig landen navolging gekregen.<sup>10</sup>

Het programma is een samenhangend geheel van activiteiten dat zou moeten leiden tot kwaliteitsverbetering en, in het verlengde daarvan, kostenbesparing. Binnen dit programma hebben verschillende wetenschappelijke verenigingen vormen van zorg geselecteerd waarvan zij vinden, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, dat medisch specialisten deze niet moeten verlenen of alleen maar in specifieke gevallen, de zogenoemde Verstandige Keuzes. In veel gevallen bevatten de richtlijnen ook aanwijzingen voor handelingen voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Een voorbeeld is: ‘Reinig een wond niet met (steriel) fysiologisch zout’.<sup>11</sup> In het buitenland zijn er specifieke Choosing Wisely-lijsten ontwikkeld voor verpleegkundigen.<sup>12</sup>

#### 4.4 Terugdringen van onnodige zorg

In de vorige paragrafen staan activiteiten beschreven die in de zorg nog (dagelijks) uitgevoerd worden en waarvan bekend is dat ze geen toegevoegde waarde hebben voor de patiënt of zelfs dat ze schadelijk kunnen zijn. Er zijn verschillende initiatieven voor het stoppen met de onnodige zorg, onder andere vanuit de beroepsvereniging V&VN en Vilans.<sup>13</sup>

Ten tijde van het schrijven van dit boek wordt er nagedacht over de mogelijkheden om deze zorghandelingen te ‘de-implementeren’, dus om ervoor te zorgen dat ze ook daadwerkelijk niet meer worden gebruikt, of in elk geval minder vaak. Net als de andere genoemde lijsten functioneert de ‘beter laten’-lijst natuurlijk ook als een mogelijkheid om de discussie aan te zwengelen, om ervoor te zorgen dat bepaalde behandelingen bewuster (niet) worden uitgevoerd.

Er zijn steeds meer initiatieven in Nederland die zich richten op het de-implementeren van een specifieke vorm van onnodige zorg. Een voorbeeld is het programma ‘Doen of laten? Het terugdringen van onnodige zorg’. Dit programma heeft als doel om onnodige zorg in kaart te brengen en kennis te ontwikkelen over hoe zorgverleners deze onnodige zorg kunnen verminderen. Hiervoor zijn er acht regionale projecten gestart die als doel hebben specifieke onnodige zorg te de-implementeren (zie kader).<sup>14</sup>

Een voorbeeld van een project in dit programma is het terugdringen van vitaminebepaling door huisartsen. Er zijn veel verhalen en advertenties in niet-wetenschappelijke media dat vitaminetekorten, zoals een tekort aan vitamine B12 en vitamine D, kunnen leiden tot specifieke klachten zoals vermoeidheid of duizeligheid. Hier is geen wetenschappelijk bewijs voor. Voor vitamine D geldt dat een deel van de bevolking geacht wordt om extra vitamine D te slikken, onafhankelijk van de vitamine D-spiegel. Een bepaling van vitamine D is daarom overbodig. Toch is het aantal aanvragen voor bepaling van de vitaminespiegel is de laatste jaren explosief gestegen. De interventie om het aantal vitaminebepalingen terug te dringen was gefocust op de patiënt en de professional. Voor de patiënt werd een kort filmpje ontwikkeld dat op



het scherm in de wachtkamer te zien was. Daarnaast is er een folder ontwikkeld – die ook is vertaald in het Turks en Arabisch – die door de arts wordt meegegeven bij het consult. Artsen hebben een eenmalige scholing gehad waarin aangegeven is bij welke patiëntgroepen het aanvragen van de vitaminebepaling wel geïndiceerd is. Daarnaast kregen ze instructies over gesprekstechnieken met patiënten. Dit leidde tot een grote daling van het aantal aanvragen.<sup>15</sup>

### De-implementatieprojecten

Binnen het programma ‘Doen of laten?’ zijn er acht projecten gekozen om ervaring op te doen met het achterwege laten van onnodige zorg. Deze projecten zijn verdeeld over de academische ziekenhuizen en hun regio’s. Ieder academisch ziekenhuis coördineert de de-implementatie van een vorm van onnodige zorg. Dit zijn de acht projecten:

- terugdringen van onnodig kathetergebruik;
- MRI’s en arthroscopieën bij patiënten met knieklachten >50 jaar zonder slotklachten;
- onnodige gastroscopie bij dyspepsieklachten;
- vitaminebepalingen in de huisartsenpraktijk;
- basaalcelcarcinoom follow-uponderzoek;
- controle CT-scans na maligne lymfomen;
- onnodig gebruik van inhalatiecorticosteroiden (ICS) bij COPD;
- onnodige diagnostiek bij de interne geneeskunde.

Bij de implementatie van de verstandige keuzes in het gezamenlijk beslissen tussen patiënten en zorgverlener over de juiste interventie zijn keuzehulp een belangrijk element. Ze zijn bedoeld als hulpmiddel voor zorgverleners en patiënten om het gesprek aan te gaan over wat de best passende behandeling is op het juiste moment. Deze gesprekken gaan over het nut en de noodzaak van bepaalde diagnostische testen en behandelingen en kunnen in belangrijke mate bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. In het verlengde daarvan kunnen ze leiden tot kostenbeheersing. Het gaat niet om het zoeken naar de goedkoopste manier van behandeling, maar om samen te beslissen over de best passende behandeling. Een dergelijk proces van het gezamenlijk nemen van besluiten wordt ook wel *shared decision making* genoemd. Ook vanuit een wettelijke basis (de WGBO) moet de patiënt goed geïnformeerd worden over de verschillende keuzes en welke voor- en nadelen die hebben in zijn situatie. Over het algemeen zijn patiënten met wie dit proces goed doorlopen wordt, meer tevreden over hun zorg en maken ze ook medisch gezien betere keuzes.<sup>16</sup>

Shared decision making brengt drie elementen samen: de wetenschappelijke kennis over (de behandeling van) een bepaalde aandoening, de eigen expertise en

ervaringen van de zorgverlener(s), en de situatie en voorkeur van de patiënt. In een aantal gevallen – zeker als het zware aandoeningen betreft, zoals kanker – ziet een patiënt af van een (vervolg)behandeling. Dit komt zeker voor, maar shared decision making leidt niet altijd tot besparingen in de zorg.<sup>17</sup>

42

Een voorbeeld van shared decision making is in het kader van het samenwerkingsproject ‘Kwetsbare Ouderen’ van de afdelingen Geriatrie en Hoofdhals-oncologie van het Radboudumc in Nijmegen. Het doel van de samenwerking tussen deze twee afdelingen was een behandeling op maat. Dit werd actueel, omdat er onder de patiëntenpopulatie van hoofdhalsoncologie een sterke toename van het aantal ouderen werd geconstateerd (van 37 naar 42 procent), met de verwachting dat dit percentage nog verder zou toenemen.

Het resultaat van de intensieve samenwerking was dat van de 104 ouderen met een vorm van hoofdhalskanker 56 patiënten afzagen van de operatie volgens protocol en een palliatieve behandeling kozen.<sup>18</sup>

Het proces van gedeelde besluitvorming wordt vaak ondersteund door ‘keuzehulpen’. Dit zijn (meestal) digitale hulpmiddelen waarmee de patiënt wordt geïnformeerd en zo de behandel mogelijkheden kan toetsen aan zijn eigen voorkeur.<sup>19</sup>

## 4.5 Praktijkvariatie

Het is duidelijk dat er in de medische wereld niet altijd overeenstemming is over welke behandeling bij welke aandoening de beste is. Het project ‘Verstandige keuzes’ probeert daar verbetering in aan te brengen, maar tot die tijd kunnen behandelingen dus per ziekenhuis verschillen.<sup>7</sup> Deze onderlinge verschillen worden aangeduid als praktijkvariatie.

Verschillen in manieren van werken hoeven niet slecht te zijn, per regio kan soms een andere aanpak zinvol zijn. Maar het is ook zinvol om te onderzoeken waar de grote verschillen in zorggebruik vandaan komen, zodat we kunnen vaststellen welke verschillen gewenst en welke ongewenst zijn. In een aantal gevallen blijkt dat praktijkvariatie ook verschillen doet ontstaan in de kwaliteit van de zorg. Er worden overbodige diagnoses gesteld, overbodige opnames gedaan en overbodig geopereerd – en dat brengt allemaal overbodige risico’s en kosten met zich mee. Er is dan reden om te onderzoeken of dit kan worden verminderd; dat leidt tot minder praktijkvariatie.<sup>20</sup> Overigens kan het opheffen van praktijkvariatie ook als gevolg hebben dat er meer kosten moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld wanneer bepaalde behandelingen juist vaker moeten worden gedaan. IQ healthcare van het Radboudumc doet veel onderzoek naar praktijkvariatie.

In dit boek zien we praktijkvariatie nog terug. In hoofdstuk 9 over focusklinieken zullen we zien dat zorginstellingen die zich met een enkele behandeling bezighouden, mogelijk betere resultaten boeken dan ziekenhuizen die zich met alle aandoeningen bezighouden. Dat geeft aan dat er veel te verbeteren is. Het vergelijken van ziekenhuizen staat centraal bij het reduceren van ongewenste praktijkvariatie. Dat is ook een van de centrale gedachten in het gedachtegoed van value-based health care van Michael Porter (zie hoofdstuk 10). Ook in hoofdstuk 11 over bekostiging zien we praktijkvariatie weer terug. Als er minder operaties worden gedaan, en er daardoor minder opnames zijn, heeft dat immers gevolgen voor de inkomsten van de zorgorganisatie.

## 4.6 Welke effecten heeft ‘minder is soms meer’?

In dit hoofdstuk is duidelijk gemaakt dat minder doen in veel gevallen beter is voor de patiënt en dat het leidt tot positievere ervaringen van patiënten. Het levert ook soms geld op, maar niet altijd. Ook een meer gedeelde besluitvorming wordt door patiënten zeer op prijs gesteld; ze nemen bewuster een beslissing over het wel of niet ondergaan van een behandeling.

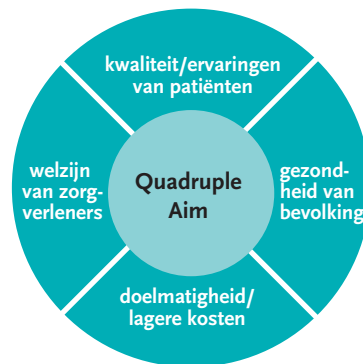
Voor de zorginstelling geldt: als er veel handelingen niet meer worden gedaan, kan dit uiteindelijk leiden tot een besparing op personeelskosten. Overigens kan het niet meer doen van behandelingen uiteindelijk ook leiden tot lagere inkomsten van de zorginstelling (zie hoofdstuk 10).

Voor zorgprofessionals kan gelden dat het niet meer doen van bepaalde activiteiten een tijdsbesparing oplevert, die ten goede kan komen aan andere patiënten of aan meer mogelijkheden om even te ontspannen. Op tijd even rust kunnen nemen kan het werkplezier verhogen.

Wel is het zo dat het stoppen met – vaak routinematige – handelingen een hele uitdaging is en specifieke aandacht vraagt. Daarnaast moeten ook patiënten goed geïnformeerd worden.

Het idee leeft dat het niet meer doen van behandelingen die niet noodzakelijk zijn een enorme besparing kan opleveren. Ook al zijn er weinig cijfers van, het is aannemelijk dat er naast een verbetering van de kwaliteit van zorg, ook kosten worden bespaard. Als er minder overbodige handelingen zijn, is er meer geld beschikbaar voor zaken die wel nodig zijn. Dat ligt voor de hand.

Voor de volledigheid moet natuurlijk worden vermeld dat aan dit ‘minder doen’ ook een heel andere kant kan zitten. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld veel minder



gaat doen, kan dat betekenen dat de instelling minder geld binnenkrijgt en dus ook minder personeel nodig heeft.

## Vragen en opdrachten

44

- 1 Ken je zelf voorbeelden van situaties waarin minder doen heeft geleid tot betere zorg? Kun je beschrijven hoe de zorg is verbeterd, vanuit het perspectief van de patiënt (in termen van gezondheid of ervaringen met de zorg), je collega's en misschien ook in termen van de kosten?
- 2 Zoek zelf een nieuw voorbeeld op van 'minder is meer'. Kun je beschrijven wat er minder wordt gedaan en wat daarvan de opbrengst is geweest?

## Referenties

- 1 Colla, CH (2014). Swimming against the current – what might work to reduce low-value care? *The New England Journal of Medicine*, 371: 1280-3.
- 2 Zie: [www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/slim-checken-neusmaagsonde.html](http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/slim-checken-neusmaagsonde.html)
- 3 Zie bijvoorbeeld:
  - [www.vilans.nl/tips-top-10-onnodige-zorghandelingen.html](http://www.vilans.nl/tips-top-10-onnodige-zorghandelingen.html)
  - Van Dulmen SA, Verkerk E, Huisman-de Waal G, Vermeulen H, Kool RB (juli 2017). *Een verpleegkundige en verzorgende beter-laten-lijst*. Nijmegen: IQ healthcare.
- 4 Voorbeelden van studies over dit onderwerp zijn:
  - Shellian B, Levinson W (2016). When More is Not Always Better: Choosing Nursing Interventions Wisely. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 29(4): 8-9.
  - Rauen CA, Chulay M, Bridges E, Vollman KM, Arbour R. (2008). Seven evidence-based practice habits: putting some sacred cows out to pasture. *Crit Care Nurse*, 28(2): 98-124.
  - Makic MB, Rauen C, Watson R, Poteet AW (april 2014). Examining the evidence to guide practice: challenging practice habits. *Crit Care Nurse* 34(2): 28-45; quiz 46.
- 5 Van Dulmen SA, Verkerk E, Huisman-de Waal G, Vermeulen H, Kool RB (juli 2017). *Een verpleegkundige en verzorgende beter-laten-lijst*. Nijmegen: IQ healthcare.
- 6 <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/verbeteren-doe-je-zo-over-slim-zorgen>
- 7 Wammes JJ., van den Akker-van Marle ME et al. (2016). Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list. *BMC Medicine*. 14; 196.
- 8 [www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beter%20laten/Beter\\_Laten\\_Wondzorg.pdf](http://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beter%20laten/Beter_Laten_Wondzorg.pdf)
- 9 [vilans.nl/publicatie-slim-zorgen-onnodige-zorg](http://vilans.nl/publicatie-slim-zorgen-onnodige-zorg)
- 10 Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, et al. (2015). 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ quality & safety*, 24(2):167-74. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003821
- 11 [www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Verstandige%20Keuzes%20bij%20een%20acute%20wond.pdf](http://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Verstandige%20Keuzes%20bij%20een%20acute%20wond.pdf)
- 12 Voorbeelden hiervan zijn:

- Shellian B, Levinson W (2016). When More is Not Always Better: Choosing Nursing Interventions Wisely. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 29(4): 8-9.
  - Ubbink DT, Broilmann FE, Go PM et al. (2015). Evidence-Based Care of Acute Wounds: A Perspective. *Adv Wound Care (New Rochelle)*, 4(5): 286-94.
  - American Academy of Nursing (2017). Twenty Things Nurses and Patients Should Question. In: Wisely C, ed.
- 13 Website V&VN: [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl); website Vilans: [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)
  - 14 Zie: [www.doenoflaten.nl](http://www.doenoflaten.nl)
  - 15 Dit is een voorlopige conclusie. Het onderzoek is ten tijde van het schrijven van het boek nog niet afgerond, zodat cijfers nog niet beschikbaar zijn.
  - 16 [https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Campagne%20Verstandig%20Kiezen\\_o.pdf](https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Campagne%20Verstandig%20Kiezen_o.pdf)
  - 17 Op de Cochrane-website kun je over dit onderwerp publicaties vinden, bijvoorbeeld:
    - Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database of systematic reviews. 2017, Issue 4. Art. No.: CD001431.
    - Kinnersley P, Phillips K, Savage K, Kelly MJ, Farrell E, Morgan B, Whistance R, Lewis V, Mann MK, Stephens BL, Blazeby J, Elwyn G, Edwards AGK. *Interventions to promote informed consent for patients undergoing surgical and other invasive health-care procedures*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD009445.
  - 18 Interne cijfers van het Radboudumc: PowerPoint 'Kwetsbare ouderen Hoofdhalsoncologie' van Maartje Beek over de samenwerking tussen de afdelingen Geriatrie en Hoofdhalsoncologie.
  - 19 Je kunt op internet voor vele aandoeningen keuzehulpen vinden, zie bijvoorbeeld <https://www.keuzehulp.info>
  - 20 Deze paragraaf is gebaseerd op een hoofdstuk van J. Wammes in het boek *Betaalbare zorg* (red. Jeurissen P, Tanke M, Maarse H, 2018, Den Haag, Sdu). Dat hoofdstuk geeft een uitgebreide bespreking van het thema praktijkvariatie.



## Waardevolle zorg

### Kwaliteit en doelmatigheid voor verpleegkundigen

Was het niet zo lang geleden bijna onfatsoenlijk om het in de zorg over geld te hebben, tegenwoordig lijkt het soms alsof het in de zorg alleen maar over geld gaat. De focus op geld heeft niet altijd positieve consequenties voor de geleverde kwaliteit. Dit boek laat zien dat het heel goed mogelijk is om kwaliteit van zorg te verbeteren, en dat te doen tegen soms lagere of in elk geval acceptabele kosten. Uitgangspunt van deze uitgave is het streven naar goede kwaliteit, het leveren van zorg waar zorgvragers echt wat aan hebben. Het draait dus allereerst om kwaliteit, het financiële verhaal komt daarna. Dat is – in elk geval in de directe patiëntenzorg – de juiste volgorde.

In *Waardevolle zorg* worden vooral concrete voorbeelden besproken van het werken aan meer kwaliteit waarbij de kosten zich gunstig ontwikkelen. Omdat dit boek hoofdzakelijk gericht is op verpleegkundigen (in opleiding), hebben de voorbeelden vooral te maken met situaties waarbij verpleegkundigen betrokken zijn en mogelijk invloed kunnen hebben op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Immers, zij zijn bij uitstek degenen die nauw contact hebben met zorgvragers en andere professionals. Verpleegkundigen zijn de oren en de ogen in het gehele zorgtraject, en hun stem mag vaker gehoord worden.

De voorbeelden in dit boek gaan o.a. over het functioneren van zelfsturende teams, het achterwege laten van overbodige handelingen (rituelen), betere samenwerking, slim gebruik van technologie, de bekostiging van instellingen, praktijkvariatie. Daarbij worden veelgebruikte modellen als Value-Based Health Care en Triple Aim behandeld – als kaders waarin kwaliteit en kosten met elkaar in verband worden gebracht.

*Waardevolle zorg* is geschreven door Henny van Lienden en Hiske Calsbeek, die beiden jarenlange ervaring hebben met lesgeven aan verpleegkundigen vanuit verschillende disciplines.