



Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg, te veel onder één noemer?

'Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg is minder effectief dan verwacht voor chronische aandoeningen', zo luidt de voorzichtige conclusie van een Cochrane-review (zie pagina 495).^{1,2} Het kernwoord hierbij is voorzichtig. Het is echter nog maar de vraag of de onderzoeken die zijn meegenomen in de review iets zeggen over de Nederlandse situatie.

De auteurs van de review schuiven verschillende vormen van 'gezamenlijke zorg' onder één noemer en vergelijken vervolgens de resultaten. Die vormen van gezamenlijke zorg verschillen echter sterk van elkaar en zijn in verschillende zorgsystemen uitgezet. Dat roept de vraag op of er eigenlijk wel een conclusie aan de review kán worden verbonden en, nog relevanter, of deze conclusie op enigerlei wijze van toepassing is op de Nederlandse zorg en de Nederlandse manier van gezamenlijke zorg voor chronische aandoeningen.

Samenwerking

De manier waarop de eerste lijn bij chronische aandoeningen samenwerkt met eerstelijnsdisciplines onderling en met de tweede lijn is niet vergelijkbaar met andere landen. De terminologie die wij hiervoor hanteren is ketenzorg. Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg omvat in Nederland ook buitenpoli's en andere verschijningsvormen die niet specifiek voor chronische zorg zijn. Eenduidig taalgebruik hierin voorkomt verwarring en de beschreven interventies van de Cochrane-review passen wellicht beter bij ons begrip van ketenzorg.

Een goed onderbouwd, vergelijkend onderzoek binnen Nederland is essentieel om meer duidelijkheid te krijgen over

de zin en onzin van ketenzorg en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Meer vergelijkend onderzoek

Recent publiceerden wij een rapport voor Duke University met de conclusie dat chronische zorg in ketenverband betere uitkomsten oplevert in gezondheidsuitkomsten, patiëntervaring én reductie van kosten.³

Tegelijk is het een gegeven dat deze resultaten niet van toepassing zijn op iedere Nederlandse situatie waar ketenzorg is geïmplementeerd. Het is bekend dat er verschillen zijn tussen regio's. Aangezien ketenzorg en de bijbehorende resultaten sterk afhankelijk zijn van de specifieke implementatie en regionale setting, is er een grote behoefte om hier nader Nederlands onderzoek naar te doen. Zorggroepen in samenwerking met Ineen hebben het initiatief genomen om gedegen vergelijkend onderzoek te doen naar de effectiviteit van ketenzorg. Het doel daarvan is de variatie inzichtelijk te krijgen, de potentiële resultaten bij goede implementatie te kunnen duiden en de effectieve aspecten van goede implementatie aan te wijzen. Dit onderzoek moet aantonen wat in Nederland de effecten zijn van gezamenlijke zorg voor chronische patiënten op gezondheidsuitkomsten, patiëntervaring en kosten.

Het is de vraag of, bij gelijk gebleven gezondheidsuitkomsten, kostenreductie en kennisoverdracht voldoende positieve effecten zijn om gezamenlijke zorg te implementeren. Gelijke gezondheid bij lagere kosten is ook winst. Deze zullen dan wel aangetoond moeten (kunnen) worden. Hierbij is de kritische kanttekening dat deze lagere kosten alleen mogelijk zijn als verzekeraars in

staat zijn de verschuiving van zorginhoud gepaard te laten gaan met een verschuiving van zorgkosten. Een opdracht waar verzekeraars tot op heden mee worstelen en waarin zij niet succesvol blijken te zijn.

Meerwaarde ketenzorg

Concluderend kan worden gesteld dat de resultaten van de Cochrane-review met grote voorzichtigheid moeten worden vertaald naar de Nederlandse zorg. Een soortgelijk onderzoek naar de effecten van ketenzorg in Nederland is bijzonder gewenst.

Samenwerking binnen de chronische zorg heeft naast mogelijke uitkomsten op medische parameters, ook uitkomsten op andere aspecten, zoals kosten (mits verzekeraars hun opdracht in zorgverschuiving vervullen).

De meerwaarde van ketenzorg is tot op heden in Nederland bediscussieerd vanuit individuele onderzoeksprojecten tot en met tendentieuze, en vaak weinig onderbouwde, beleidsdocumenten.

Een samenvatting van de Cochrane-review met de kop 'Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg minder effectief dan verwacht' suggereert meer onderbouwde kritiek dan het onderzoek zelf legitimeert. ■

LITERATUUR

- 1 Van Heiningen J. Anderhalvelijnszorg minder efficiënt dan verwacht. *Huisarts Wet* 2017;60:495.
- 2 Smith SM, Cousins G, Clyne, Allwright 4, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:CD004910.
- 3 Vrijhoef HJM, Huizing AR. ZIO Integrated Care Network The Netherlands. *Accountable care in practice: global perspectives*. Durham: Duke University, 2017. https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/netherlands_25jan2017.pdf.