

Sneller beter
met je eigen
bloeddrukmeter?



HOERA
de zorgverzekering van HEMA

90
85
80
75
70
65
60
55
50

Kijk voor onze scherpe
basispremie op hema.nl/zorg

HEMA
maakt gewoon
bijzonder

Han de Vries is als onderzoeker/gezondheidseconoom werkzaam vanuit zijn bedrijf Research for Decisions. Zijn onderzoek richt zich op preventie, kwaliteit, innovatie en financiering van zorg, in opdracht van verzekeraars, non-profitorganisaties, overheden en de farmaceutische industrie in Nederland en Europa. Hij was eerder werkzaam als onderzoeker/actuaris bij Achmea Zorg en Gezondheid en als senior beleidsonderzoeker bij de RAND Corporation in Leiden, Santa Monica (VS) en Cambridge (Engeland). Zijn onderzoek is gepubliceerd in een groot aantal rapporten en wetenschappelijke publicaties, onder meer in *European Journal of Preventive Cardiology*, *Health Affairs*, *Health Services Research* en *American Journal of Managed Care*.

Anna Jansen is onderzoeker in de volksgezondheid. Ze behaalde haar BSc diploma Sociale Geografie en Planologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, waarna zij aan University College London de studie MSc Global Health and Development volgde. Na het afronden hiervan werkte zij als onderzoeksassistent bij Research for Decisions en vervolgens als onderzoeksmedewerker bij de afdeling Gezondheidswetenschappen van het UMCG. Haar interesse en ervaring liggen op het gebied van kwalitatief onderzoek en de thema's kwaliteit van leven, demografie, sociale determinanten van gezondheid, chronische aandoeningen en zelfmanagement.

2 Sneller beter met je eigen bloeddrukmeter? Zelfmeetpraktijken vanuit het perspectief van een zorgverzekeraar

Han de Vries en Anna S. Jansen

Word je als patiënt sneller beter als je zelf je bloeddruk meet en bloed prikt? De zorgverzekeraar denkt van wel. En dat betekent winst voor alle betrokken partijen. Maar welke rol spelen zorgverzekeraars precies bij de introductie en spreiding van de nieuwe zelfmeetpraktijken? En wat betekent dit voor de relatie tussen verzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden? Moeten we ons zorgen maken over de bescherming van privacygevoelige gegevens? En als het zelfmeten zoveel voordelen biedt, waarom neemt het dan geen hoge vlucht?

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft drie initiatieven van zorgverzekeraar Achmea op het gebied van de nieuwe zelfmeetpraktijk. Deze nieuwe vormen van zorgverlening zijn pas sinds enkele jaren beschikbaar en lopen vooruit op omvangrijker toekomstige initiatieven. Kern van de nieuwe zelfmeetpraktijk is dat patiënten zelfstandig (thuis) metingen uitvoeren van hun lichaam, handelingen die artsen of verpleegkundigen traditioneel vaak uitvoeren. De data worden verzameld en centraal opgeslagen en, vaak in combinatie met andere gegevens, geanalyseerd.

De ontwikkeling naar meer zelf thuis meten, bespreken we in dit hoofdstuk vanuit het perspectief van één zorgverzekeraar. De basis hiervoor vormen gesprekken die wij hebben gevoerd met direct betrokkenen van de afdeling Zorginkoop van Achmea en Stichting Begeleide Zelfzorg. Hoewel de drie initiatieven in dit hoofdstuk representatief zijn voor nieuwe ontwikkelingen naar meer zelfmeten, moeten we uiteraard voorzichtig zijn met het trekken van conclusies naar de totale Nederlandse zorg.

Dat patiënten meer thuis gaan meten, hangt in deze initiatieven samen met het zelfmanagement van een chronische aandoening. Zorgverzekeraars verwachten dat het leidt tot potentiële gezondheidswinst, lagere zorgkosten en meer gemak voor hun verzekerden. Ook kunnen ze zich hiermee op een positieve

manier van concurrenten onderscheiden. Daarnaast kunnen de verzamelde data helpen het effect van deze nieuwe vormen van zorgverlening te evalueren, waarmee ze bijdragen aan de modernisering van de gezondheidszorg.

Om deze doelen te bereiken, is het van belang dat veel patiënten gebruikmaken van deze nieuwe vormen van meten. Maar het aantal deelnemers binnen deze drie initiatieven omvat slechts een fractie (minder dan 1 procent) van de totale doelgroep. Hoe is deze lage interesse te verklaren? Komt dit door de kosten? Weerstand vanuit zorgaanbieders, zorgverzekeraars of patiënten? Angst voor misbruik van de data?

In onze zoektocht naar antwoorden, komen verschillende aspecten van het zelfmeten aan bod. Paragraaf 2.2 geeft allereerst een beschrijving van de drie initiatieven van zorgverzekeraar Achmea. Vervolgens beschrijft paragraaf 2.3 de rol van de zorgverzekeraar binnen dergelijke initiatieven. Die blijkt namelijk breder dan die van financier. De gevolgen van deze rolverbreding voor de verhoudingen in de relatiedriehoek patiënt-zorgverzekeraar-zorgaanbieder komen aan bod in paragraaf 2.4. Omdat data een grote rol spelen bij het zelfmeten, gaat paragraaf 2.5 nader in op de veiligheid van data. De potentiële gezondheidswinst van het zelfmeten komt aan de orde in paragraaf 2.6, waarna paragraaf 2.7 meer inzicht geeft in de kosten. Na deze verkenning gaat paragraaf 2.8 tot slot in op de redenen dat zelfmeetpraktijken nog geen hoge vlucht hebben genomen.

2.2 Nieuwe meetpraktijken: drie voorbeelden

Hartcoach, Begeleide Zelfzorg en Motiva zijn voorbeelden van innovatieve vormen van zorgverlening aan chronisch zieke patiënten waarin informatietechnologie, zelfmanagement, zorg op afstand en intensieve begeleiding een belangrijke rol spelen. Eerst volgt een korte typering van elk van de initiatieven van zorgverzekeraar Achmea. Daarna uitleg over hoe ze verschillen van traditionele meetmethoden.

Het Hartcoach-programma

Hartcoach is een vorm van nazorg en aanvulling op de reguliere zorg voor patiënten met een recent cardiovasculair incident, zoals bijvoorbeeld een hartinfarct. Hartcoach is oorspronkelijk ontwikkeld in Australië onder de naam COACH (Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health). Achmea introduceerde Hartcoach in 2009 in Nederland en stelde het beschikbaar voor patiënten met een recent hartinfarct, na een beroerte, hartoperatie of met pijn op de borst.¹

1 Achmea biedt een soortgelijk coachingsprogramma, de Leefstijlcoach, voor patiënten met pre-diabetes, die nog geen insuline hoeven te prikken.

Hartpatiënten kunnen aan het programma deelnemen vanaf het moment dat hun cardioloog de zorg overdraagt aan de huisarts. Patiënten melden zich aan via internet, of zij worden doorverwezen door een zorgprofessional. Aanmeldingen komen binnen bij het Medisch Service Center (MSC), een callcenter dat juridisch en organisatorisch losstaat van Achmea. Hier werken verpleegkundigen als telefonische coaches om patiënten te begeleiden tijdens het programma.

Na de aanmelding volgt een telefonisch intakegesprek. Hierbij vraagt de coach naar leefstijl en medische gegevens, zoals bloeddruk en cholesterolverwaarden. Patiënten vragen deze op bij hun huisarts of specialist. Patiënt en coach stellen samen doelen op en een plan om deze te behalen (Leemrijse et al. 2012; Vale et al. 2003). Het daaropvolgende coachingstraject duurt ongeveer een halfjaar, en bestaat uit vijf à zes geprotocolleerde telefonische coachingsgesprekken van circa een halfuur. Alle relevante informatie, inclusief de medische gegevens, wordt vastgelegd met software die in Australië is ontwikkeld. De coaches geven uitleg over risicofactoren, de betekenis van bepaalde meetwaarden en de invloed die patiënten hier zelf op kunnen uitoefenen (Leemrijse et al. 2012; Vale et al. 2003).

De online trombosedienst van Stichting Begeleide Zelfzorg

Stichting Begeleide Zelfzorg (SBZ) is in 2007 opgericht door Sabine Pinedo, internist-vasculair geneeskundige, om patiënten met een risico op trombose (het stollen van het bloed in een bloedvat) de mogelijkheid tot zelfmanagement te bieden. Dat zijn veelal patiënten met atriumfibrilleren of een longembolie. Bij deze patiënten moet dikwijls het stollingsniveau van het bloed, uitgedrukt als International Normalised Ratio (INR), worden gemeten en via medicatie worden gereguleerd. Hierdoor kan een mogelijke trombose worden voorkomen (SBZ 2013).

Patiënten kunnen zichzelf aanmelden via internet, of worden door hun behandelend specialist bij SBZ aangemeld. SBZ vraagt bij de huisarts of de specialist de vereiste medische gegevens op. Patiënten beginnen met een online e-learning cursus met informatie over antistollingsmedicatie, de INR-meter, het prikken van bloed en de website waarop alle gegevens worden verzameld. Als patiënten deze cursus succesvol hebben afgerond, krijgen ze een intakegesprek bij SBZ of op locatie bij een Mediq-apotheek. Als het intakegesprek goed verloopt, ontvangt de patiënt de INR-meter en inloggegevens voor de website. Vanaf dat moment ondersteunt een internist de patiënt via SBZ. De behandeling wordt afgerond zodra de behandelend arts of specialist dit aangeeft, of zodra de geïndiceerde duur van de behandeling is verstreken.

Motiva

Motiva is een interactief teleg Zorgplatform van Philips, waarbij de lichaamsfuncties worden gemeten die van belang zijn bij hartfalen, zoals bloeddruk, gewicht en polshartslag. Bij hartfalen is er sprake van een verminderde

pompfunctie van het hart, waardoor organen te weinig zuurstof en voedingsstoffen krijgen en er vocht-ophopingen (gewichtstoename) ontstaan (Hartstichting 2012; Vaartjes et al. 2010).

De cardioloog of de hartfalenverpleegkundige verwijst de patiënt naar Motiva, doorgaans wanneer deze opnieuw is opgenomen voor complicaties. Medewerkers van Philips sluiten dan bij de patiënt thuis een kastje aan op de televisie. Patiënten krijgen ook een weegschaal en bloeddrukmeter die beide draadloos met het kastje communiceren. De data worden via internet verstuurd naar het ziekenhuis. Zowel de hartfalenverpleegkundige als de patiënt zelf kunnen de data inzien. De hartfalenverpleegkundige krijgt een waarschuwing wanneer de meetwaarden buiten de persoonlijke bandbreedte vallen en kan dan contact opnemen met de patiënt. Daarnaast worden via Motiva ook informatieve video's aangeboden over het omgaan met hartfalen.

Nieuw aan bovenstaande programma's is dat het meten van lichaamsfuncties is veranderd. Deelnemers meten zelfstandig, doorlopend en de meetwaarden worden gekoppeld aan andere patiëntgegevens.

Patiënten meten zelfstandig

De deelnemers meten zelfstandig de INR-waarden (Begeleide Zelfzorg), lengte, buikomvang, bloeddruk (Hartcoach), gewicht (Hartcoach en Motiva) en polsslag en bloeddruk (Motiva). Het voordeel hiervan is meer gemak voor de patiënt en minder werk voor zorgverleners. Hoewel sommige metingen nog op de traditionele manier worden verricht, zoals bloeddruk en cholesterol bij Hartcoach, zijn het nu de patiënten zelf die deze gegevens moeten opvragen bij de huisarts en doorgeven aan de telefonische coach. In het SBZ-programma meten patiënten de INR-waarde in een druppel bloed die zij thuis bij zichzelf afnemen met een vingerprik en het INR-meetapparaat. Deze methode is vernieuwend vergeleken met de traditionele meting, waarbij de trombosedienst bloed afneemt uit de ader in de elleboogplooï. Bij Motiva meten patiënten zelf thuis hun lichaamsfuncties, die ze vervolgens doorsturen naar het ziekenhuis. Traditioneel gebeurde dit op de polikliniek.

Patiënten meten vaker

De metingen vinden vaker of doorlopend plaats. Medische beslissingen kunnen daardoor in een eerder stadium worden genomen. De frequentie verschilt per programma. Bij Hartcoach hangt deze af van de persoonlijke doelstellingen. Cholesterol, bloeddruk en gewicht worden altijd aan het begin en einde van het programma gemeten, maar de coach kan hier gedurende het coachingstraject vaker naar vragen. Als patiënten bijvoorbeeld willen afvallen, zal de coach bij elk coachingsgesprek het gewicht willen weten. In het SBZ-programma is de meet- frequentie afhankelijk van de stabiliteit van de INR-waarden; voorheen gingen patiënten gemiddeld eens per drie weken bij de trombosedienst langs. Bij Motiva ten slotte bepalen patiënten hun bloeddruk,

polsslag en gewicht dagelijks thuis, terwijl dit aanvankelijk eens per drie maanden plaatsvond in het ziekenhuis.

Metingen zijn gekoppeld met andere patiëntgegevens

Tot slot worden meetwaarden gekoppeld aan andere patiëntgegevens. Hartcoach registreert naast de meetwaarden ook leeftijd, geslacht, sociaal-economische status, woonplaats, andere aandoeningen, medicatiegebruik en leefstijl (alcoholconsumptie en rookgedrag). Het SBZ-programma registreert ook NAW-gegevens, leeftijd, geslacht, gegevens over de indicatie, het medicijngebruik, complicaties en bepaalde ingrepen. Bij Motiva koppelt de verpleegkundige de gegevens die via Motiva binnenkomen handmatig aan het medisch dossier in het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS). In alle drie de gevallen worden de data niet langer op traditionele plaatsen, zoals ziekenhuizen of dokterspraktijken, beheerd.

2.3 Initiëren, aanbieden, aanjagen, financieren, evalueren en regisseren

Interessant is dat de zorgverzekeraar een prominente rol speelt bij de financiering en/of de uitvoering van bovenstaande nieuwe meetpraktijken. Motiva en Begeleide Zelfzorg worden vergoed vanuit de basisverzekering, terwijl het Hartcoach-programma op dit moment volledig uit eigen middelen (beheerskosten) van Achmea wordt bekostigd. Daarnaast kan de zorgverzekeraar ook de rol van initiator, aanbieder, aanjager, evaluator en regisseur op zich nemen. Dit verschilt per initiatief.

De zorgverzekeraar is initiator van het project Hartcoach. In 2009 zag Achmea bij meerdere grote klanten (collectieve contracten) de vraag ontstaan naar speciale programma's voor hartpatiënten. Achmea deed een internationale literatuurstudie om programma's met bewezen effectiviteit te identificeren, kwam op het spoor van het Australische COACH-programma, en introduceerde dit programma vervolgens in Nederland.

De verzekeraar gaat bij Hartcoach echter een stap verder: Achmea is de aanbieder van het programma, vanuit een daarvoor opgerichte aparte juridische entiteit, het MSC. Hierdoor beschikt Achmea niet zelf over de patiënt- en meetgegevens, maar kan ze op tactisch en strategisch niveau wel sturing geven aan het programma. Bij de andere twee programma's vervullen het ziekenhuis (Motiva) en SBZ (trombosezorg) de rol van aanbieder.

De rol van aanjager is mogelijk de belangrijkste rol voor zorgverzekeraars bij het zelfmeten. Achmea heeft Motiva bijvoorbeeld samen met Philips in 2007 geïntroduceerd bij verschillende ziekenhuizen in Nederland. Achmea wil dat de nieuwe technologie uiteindelijk voor een grote groep patiënten beschikbaar komt, stimuleert dat het zorgveld ervaring opdoet met het product en dat bestaande zorgpaden worden aangepast. Ook probeert de zorgverzekeraar

weerstanden en barrières vanuit de kant van zorgaanbieders weg te nemen. Dit aanjagen gaat soms zo ver dat programma's zoals Hartcoach onder de eigen verzekerden gratis worden aangeboden en actief gepromoot. Toch wordt de rol van zorgverzekeraar als aanjager niet altijd zo ervaren door aanbieders van de nieuwe zelfmeetpraktijken. SBZ mag naar eigen zeggen bijvoorbeeld slechts enkele procenten groeien van de afdeling Zorginkoop van Achmea, terwijl het aantal aanvragen voor zelfmeten aanzienlijk hoger is.

De zorgverzekeraar speelt een rol bij de evaluatie van het zelfmeten. De stichting Zorg Binnen Bereik (een initiatief van Achmea en Philips) ondersteunt onderzoek naar het e-Vita Platform, waar Motiva onderdeel van uitmaakt. Dat is gericht op kwaliteit van leven, gezondheidswinst en doelmatigheid van behandeling voor de chronisch zieke patiënt. Het effect van Motiva wordt daarnaast in opdracht van Achmea geëvalueerd door onderzoeksbureau Kiwa Carity. Om de effectiviteit aan te tonen van het COACH-programma, participeert Achmea in wetenschappelijke studies, samen met het AMC, Nivel en CAPRI. Ook voert Achmea samen met SBZ een analyse uit naar de kosteneffectiviteit van het zelfmeten.

Ten slotte regisseren zorgverzekeraars het zelfmeten vanuit de wens de zorg te moderniseren. Data kunnen een expliciete rol vervullen bij de modernisering van de gezondheidszorg, zo is de overtuiging van veel zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren veel kennis opgedaan over het nut en de noodzaak van de inzet van nieuwe technologie en het meten van gezondheid. De beschikbaarheid van data maakt het mogelijk vernieuwing in de zorg te baseren op daadwerkelijke *evidence*, in plaats van op veronderstellingen en ideeën van individuen. Zorgverzekeraars willen hierin actief faciliteren, regisseren en de markt verleiden om big data en de aanwending daarvan sneller toe te passen in deze moderniseringsslag.

Deze trend wordt bijvoorbeeld zichtbaar in een zorgveld-breed initiatief van vijf zorgverzekeraars (waaronder Achmea), zorgaanbieders en patiëntenverenigingen op het gebied van zelfmanagement: de Cöoperatie Zelfzorg Ondersteund (ZO!). Dergelijke nieuwe e-healthconcepten hebben als doelstelling om het zelfmanagement voor chronisch zieke patiënten, via de huisarts en praktijkondersteuner, daadwerkelijk uit te breiden. Daarbij is een prominente rol weggelegd voor het zelfmeten: patiënten kunnen in deze programma's allerlei data vastleggen, van lichaamsfuncties gerelateerd aan hun aandoening tot gegevens over hun eigen leefstijl en welbevinden. Uiteindelijk willen de zorgverzekeraars deze data gebruiken voor de evaluatie van de aangeboden therapieën, het realiseren van zorg op maat en het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Is de rol van de verzekeraar onbegrensd?

De rol van zorgverzekeraar kan dus veel verdergaan dan alleen die van financier. Betekent dit dat deze rol onbegrensd is? Integendeel. Achmea voelt zich bijvoorbeeld ongemakkelijk in haar rol van aanbieder bij Hartcoach. Zorg-inkopers hebben het gevoel dat ze iets moeten verkopen aan het zorgveld, dat argwanend reageert op de zorgverzekeraar als aanbieder. Om die reden experimenteert Achmea momenteel met het overhevelen van de rol van haar coaches naar de praktijkondersteuner in de eerste lijn. Achmea heeft geleerd dat het belangrijk is om nieuwe projecten op te starten in samenwerking met zorgverleners. Bij toekomstige projecten ziet Achmea vooral een initiërende en evaluerende rol voor zichzelf weggelegd.

2.4 Nieuwe relaties tussen patiënt, verzekeraar en zorg-aanbieder?

In de driehoek zorgaanbieder-zorgverzekeraar-patiënt behartigt de zorgverzekeraar de belangen van verzekerden en koopt hij kwalitatief hoogwaardige zorg voor de laagste prijs in bij zorgaanbieders. In hoeverre veranderen deze relaties door de hierboven geschetste programma's?

De relatie tussen de patiënt en de verzekeraar verschilt per programma qua intensiteit. Deze is het laagst bij Begeleide Zelfzorg, omdat Achmea de daadwerkelijke zorgverlening volledig overlaat aan SBZ. Bij Motiva kan de patiënt contact hebben met het MSC. En bij Hartcoach heeft de patiënt per definitie contact met het MSC. Hoewel de coaches geen medische adviezen mogen geven, krijgen de patiënten volgens Mirande Groener, projectleider Kwaliteit & Innovatie bij Achmea, "een band met iemand uit dat MSC, dat wordt ook wel een beetje hun zorgverlener".

Ook de relatie tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar lijkt te veranderen door de nieuwe meetpraktijken: deze is meer inhoudelijk, intensiever en staat onder grotere financiële druk. Om programma's als Hartcoach en Motiva te laten slagen, is intensieve samenwerking tussen zorgaanbieder en verzekeraar nodig. Door deze programma's verandert de zorg inhoudelijk, en het vereist veel overleg en afstemming om wederzijds het vertrouwen te winnen dat voor een dergelijke verandering nodig is. Zo stonden huisartsen en cardiologen soms argwanend tegenover de rol van Achmea als zorgaanbieder bij Hartcoach. Zij kennen hun patiënten immers beter dan Achmea en denken daarom betere zorg te kunnen leveren. Bovendien leidden de programma's soms tot grotere financiële druk. Bij Hartcoach is Achmea afhankelijk van het zorgveld voor de instroom van patiënten. Achmea zag zich geconfronteerd met zorgaanbieders die een vergoeding wilden ontvangen voor het doorverwijzen van patiënten. Bij Motiva speelt het probleem dat telemonitoring kan leiden tot minder poliklinische bezoeken en ziekenhuisopnames, en daarmee tot minder omzet voor het ziekenhuis.

Het zelfmeten zorgt bovendien voor een directere vorm van communicatie tussen zorgaanbieders en hun patiënten. Voor de hartfalen- en trombosepatiënten kunnen de traditionele frequente bezoeken aan de zorgaanbieders een grote opgave zijn. Door deelname aan Motiva en SBZ is er minder vaak fysiek contact met de zorgaanbieder, en vaker telefonisch of online contact, vooral op het moment dat het echt nodig is. Bij deze nieuwe manier van communicatie kan de zorgaanbieder met de patiënt meekijken en direct instructies geven, wat patiënten een gevoel van veiligheid en vertrouwen geeft. Interactie tussen patiënten en zorgaanbieders is dus, volgens zowel Mirande Groener als Sabine Pinedo, internist-vasculair geneeskundige en voorzitter van SBZ, ook bij het zelfmeten, belangrijk.

2.5 Toegang tot zelfmeetdata: zorgverzekeraars zijn terughoudend

Het eigenaarschap van de data die afkomstig zijn van de zelfmeetpraktijken, verschilt per programma, maar berust in geen van de gevallen bij de zorgverzekeraar. Ook is de zorgverzekeraar niet direct betrokken bij het verzamelen en opslaan van de data.

Hans Hopmans, senior manager bij het stafbureau Zorginkoop van Achmea, geeft aan dat Achmea en andere zorgverzekeraars goed beseffen dat zij zelf niet de tot personen herleidbare data van de zelfmeetpraktijken moeten willen bezitten. Als publiek en politiek vermoeden dat de zorgverzekeraar die informatie voor eigen gewin zou kunnen gebruiken, kan dat schadelijk zijn voor het imago van de verzekeraar, stelt Hans Hopmans. Daarom worden vaak *trusted third parties* ingezet.

Hiermee verschijnt in de traditionele driehoek van patiënt-zorgaanbieder-zorgverzekeraar een vierde partij: de partij die de data – afkomstig van de andere drie partijen – kan koppelen, beheren, en op onafhankelijke basis inzichten kan genereren die kunnen worden gebruikt voor het moderniseren en verbeteren van de gezondheidszorg. Zo'n partij kan een universiteit of onderzoeksinstituting zijn, maar het is ook denkbaar dat dit een private partij is, of de overheid. Belangrijk is dat deze partij het vertrouwen heeft van elk van de andere drie partijen en over voldoende kennis en middelen beschikt om de veiligheid van de data te kunnen garanderen. Bij Hartcoach zijn de data eigendom van het Australische onderzoeksteam, dat de veiligheid van de data contractueel aan Achmea heeft gegarandeerd. Bij Motiva zijn de data eigendom van de ziekenhuizen, maar worden deze (versleuteld) bij Philips opgeslagen. SBZ is zelf eigenaar van de data en ook verantwoordelijk voor de beveiliging. Patiënten geven vooraf schriftelijk toestemming voor het verzamelen van hun meetgegevens. Achmea heeft bij geen van de drie programma's toegang tot data die tot personen kunnen worden herleid. Bij Hartcoach heeft Achmea wel toegang tot geanonimiseerde meetgegevens voor interne evaluatiedoeleinden.

De data van Hartcoach en SBZ worden ook gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Achmea ziet de inzet van externe onderzoeksbureaus en universiteiten als een goede optie om de verschillende datastromen van de nieuwe meetpraktijken bij elkaar te brengen, en op basis van wetenschappelijk onderzoek de gezondheidszorg te verbeteren, te moderniseren en de kosten te beheersen.

Achmea geeft nadrukkelijk aan zelf geen toegang te willen hebben tot de data van nieuwe meetpraktijken. Maar het is de vraag wat zorgverzekeraars concreet met deze data zouden kunnen. Zorgverzekeraars beschikken nu al over gedetailleerde gegevens met betrekking tot het zorggebruik van miljoenen verzekerden, op basis van de claims die zij ontvangen van zorgaanbieders. De hoeveelheid data die binnen de drie programma's worden verzameld, vallen hierbij in het niet.

Het stereotype spookbeeld is dat zorgverzekeraars, wanneer zij over de juiste data zouden beschikken, patiënten kunnen weigeren vanwege een ernstige genetische afwijking, polissen kunnen opzeggen vanwege een ongezonde of risicovolle leefstijl, of individuele premies berekenen afhankelijk van de verwachte zorgkosten. Gelukkig kent de Zorgverzekeringswet een aantal bepalingen die dergelijke praktijken verbieden, omdat anders de solidariteit van het zorgstelsel in gevaar komt. Zorgverzekeraars hebben de verplichting iedere verzekerde te accepteren voor de (verplichte) basisverzekering en premiedifferentiatie is verboden. Bij de (vrijwillige) aanvullende verzekering bestaat geen acceptatieplicht. Hier zouden zelfmeetdata wel gebruikt dan wel misbruikt kunnen worden. Maar wettelijke bepalingen en de angst voor imagoschade bij zorgverzekeraars, zorgen ervoor dat er op dit moment geen reden is voor grote bezorgdheid.

2.6 Gezondheidswinst en beter ziektemanagement

Zelfmeten is voor de zorgverzekeraar vooral interessant wanneer het een directe rol kan spelen bij zelfmanagement van chronische aandoeningen, en leidt tot gezondheidswinst en lagere zorgkosten (zie paragraaf 2.7). Welke potentieel heeft het zelfmeten voor het realiseren van beter ziektemanagement en gezondheidswinst?

Het potentieel van zelfmeten blijkt (deels) uit wetenschappelijke literatuur. Uit meta-analyses blijkt dat het zelfmeten bij trombosezorg leidt tot een halvering van het aantal trombo-embolieën en dat sterfte door trombose met 36 procent afneemt (Garcia-Alamino et al. 2010; Heneghan et al. 2012). Het Hartcoach-programma resulteerde in Australië in een verlaagd cholesterolgehalte, verbetering van andere risicofactoren en kwaliteit van leven van de patiënt; daarnaast daalde de kans op een opname met 20 procent (Vale et al. 2003). Uit Catalaans onderzoek bleek dat onder 92 gebruikers van Motiva het aantal ziekenhuis-opnames voor hartfalen afnam met 67,8 procent (Domingo et

al. 2011) en dat bloeddruk en gewicht (op basis van zelfrapportage) waren verbeterd tijdens het gebruik van het systeem, vergeleken met de periode voor het gebruik (Domingo et al. 2012).

Opmerkelijk was dat telemonitoring geen meerwaarde leek te hebben ten opzichte van alleen instructie en motivatie. Het aantal ziekenhuisopnames nam bij de groep patiënten die alleen instructievideo's bekeek en motiverende berichten ontving evenveel af als bij de groep patiënten die daarbij ook thuis gingen meten met behulp van telemonitoringfaciliteiten. Deze uitkomsten komen overeen met het resultaat van een eerder onderzoek naar het effect van Motiva (Cleland et al. 2005). Hieruit bleek dat gebruik van Motiva (met telemonitoring) leidde tot lagere sterfte ten opzichte van reguliere hartfalenzorg, maar dat een vergelijkbaar effect optrad wanneer patiënten maandelijks telefonisch werden begeleid door een hartfalenverpleegkundige (zonder telemonitoring).

De potentie van het zelfmeten is ook gelegen in het feit dat het patiënten meer inzicht geeft in hun ziekte en dat het hun gedrag kan beïnvloeden. Bij SBZ leren patiënten optimaal ziektemanagement via de online training, waardoor ze zelf meer de regie krijgen en de therapietrouw hoger is. Het systeem herinnert er de patiënt automatisch aan om voorzorgsmaatregelen te nemen bij ingrijpen en het checken op complicaties. De traditionele trombosezorg is, volgens Sabine Pinedo, daarentegen gefragmenteerd van karakter. Wie precies verantwoordelijk is voor de informatieverstrekking, medicatiemonitoring en zorg rondom ingrepen en complicaties, is lang niet altijd helder voor de patiënt. Ook bij Motiva krijgen patiënten meer ziekte-inzicht, waardoor zij hun aandoening beter onder controle krijgen.

Het potentieel blijkt, ten derde, ook uit interne evaluaties. Volgens Rosalie Spiering, projectleider Kwaliteit & Innovatie bij Achmea, blijken deelnemers tevreden te zijn over het Hartcoach-programma en verbetert hun risicoprofiel tijdens het programma. Deelnemers aan een experiment Coaching & Therapie-trouw gaven aan dat ze het programma aan een ander zouden aanraden en dat ze het een prettig idee vonden dat er iemand "met hen meekeek". Ook bespaarden zij kostbare tijd en energie doordat zij minder vaak naar de zorgaanbieder op locatie hoefden te gaan (Rapportage experiment Coaching & Therapietrouw 2012).

2.7 Nieuwe zelfmeetpraktijken: kostenpost of investering?

De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol bij de bekostiging van de nieuwe zelfmeetpraktijken. In de meeste gevallen vindt directe bekostiging plaats vanuit de basisverzekering, zoals bij Motiva en Stichting Begeleide Zelfzorg. De zorgverzekeraar kan ook eigen middelen aanspreken, zoals bij Hartcoach. Een derde optie, die opmerkelijk genoeg niet terug te vinden is in deze voorbeelden, is bekostiging vanuit de aanvullende verzekering.

Vanuit de zorgverzekeraar vloeien de financiële middelen naar verschillende partijen met een financieel belang bij de nieuwe zelfmeetpraktijken. Dit zijn ten eerste de zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen (in het geval van Motiva), de online trombose dienst (in het geval van Begeleide Zelfzorg) en het MSC (Hartcoach). Deze partijen betalen op hun beurt de leveranciers van de meetapparatuur en de ondersteunende software. Dit zijn Philips (voor het Motiva-pakket), Roche (zelfmeetapparatuur bij trombosezorg) en het Australische onderzoeksteam (Hartcoach). We zien dus twee groepen van financieel belanghebbenden: de leveranciers van de meetapparatuur en ondersteunende software, en de zorgaanbieders die direct contact met de patiënt hebben.

De kosten van de programma's verschillen per toepassing: 250 euro per deelnemer voor het volledige Hartcoach-traject, 1.000 euro per patiënt per jaar voor Begeleide Zelfzorg en 1.200 euro per patiënt per jaar voor Motiva (meest uitgebreide pakket inclusief telemonitoring). Wanneer (chronisch zieke) patiënten meerdere jaren achtereen gebruikmaken van deze laatste twee vormen van zorg, kunnen de totale kosten per patiënt oplopen tot enkele duizenden euro's.

Omdat op dit moment het aantal deelnemers in elk van de programma's beperkt is en veel kleiner dan de totale doelgroep, is het effect op de totale zorgkosten nu nog nihil. Er is naar schatting tussen drie en zes miljoen euro uitgegeven binnen deze programma's. Maar deze uitgaven kunnen snel oplopen wanneer meer mensen gaan zelfmeten. De doelgroep van Hartcoach, patiënten met een recent hartinfarct, beroerte, hartoperatie of pijn op de borst, bestaat namelijk uit enkele honderdduizenden patiënten per jaar (Koopman 2012, p. 17). In 2011 werden bovendien 29.916 patiënten opgenomen voor hartfalen (Koopman 2012, p. 17), de Motiva-doelgroep, terwijl het totaal aantal patiënten met hartfalen een veelvoud hiervan is (Engelfriet et al. 2012). De SBZ-doelgroep, ten slotte, wordt geschat op circa 220.000 patiënten. Wanneer deze aantallen vermenigvuldigd worden met de bovenstaande jaarlijkse kosten per patiënt, doemt al snel een jaarlijkse kostenpost van honderden miljoenen euro's op.

Of de uitkomst van deze som realistisch is, valt echter te bezien. Ten eerste is de huidige deelname laag, ondanks het feit dat de patiënt in veel gevallen niet hoeft mee te betalen. En er is een lange weg te gaan voordat het aantal zelfmeters binnen deze programma's in de tienduizenden of zelfs honderdduizenden zou lopen. Ten tweede kunnen, vanwege schaaleffecten, de kosten per patiënt dalen wanneer het aantal patiënten toeneemt. Ten derde kunnen nieuwe technologieën er ook voor zorgen dat de doelgroep kleiner wordt. Dit is bijvoorbeeld de verwachting bij patiënten met atriumfibrilleren. Een aanzienlijk deel van hen kan tegenwoordig behandeld worden met een nieuw type antistollingsmedicatie, waarbij het (zelf)meten van de INR-waarde niet meer nodig is.

Maar behalve tot kosten, kunnen de programma's ook leiden tot besparingen. Internationaal onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat het zelfmeten bij trombose-zorg de kans op een trombo-embolie halveert, met minder ziekenhuisopnames tot gevolg. Resultaten van wetenschappelijke studies naar het Australische COACH-programma laten een gunstig effect zien op cardiovasculaire risicofactoren, waarbij de onderzoekers verwachten dat dit zich zal doorvertalen naar een afname van overlijden door hartfalen, hartoperaties en beroertes (CVA's).

Het ligt daarom voor de hand om de ontwikkeling naar het zelfmeten te zien als een investering, en niet alleen als kostenpost. Er is echter veel onzekerheid over de daadwerkelijke opbrengst van deze investering. Hoewel eerdere wetenschappelijke studies suggereren dat besparingen mogelijk zijn, zijn deze in de Nederlandse setting nog niet aangetoond. In het huidige klimaat van kostenbeheersing en bezuinigingen in de zorg, zijn deze harde bewijzen echter wel nodig om investeerders over de streep te trekken. Achmea heeft bijvoorbeeld vooral belangstelling voor het zelfmeten, omdat zij verwacht dat zelfmanagement (waarbij zelfmeten een belangrijke rol speelt) kan leiden tot betere kwaliteit van zorg én lagere kosten. En juist de in deze projecten verzamelde data kunnen zelf een belangrijke bijdrage leveren aan het bewijs dat de investering rendeert. Binnen alle drie de programma's worden de data van de nieuwe zelfmeetpraktijken dan ook gebruikt om het in de toekomst verwachte rendement te onderbouwen.

2.8 Conclusie: waarom zelfmeetpraktijken (nog) geen hoge vlucht nemen

Nieuwe zelfmeetpraktijktijken zijn nadrukkelijk zichtbaar op het radarscherm van zorgverzekeraars zoals Achmea. Verzekeraars zien het zelfmeten op dit moment vooral als ondersteuning bij het zelfmanagement van chronische aandoeningen, en zetten in op gezondheidswinst en kostenbesparing. Het zelfmeten kan patiënten meer ziekte-inzicht geven, waardoor zij hun aandoening beter onder controle krijgen en een kleinere kans op complicaties hebben. Daarnaast vormen de data die met het zelfmeten worden verzameld, bewijs op grond waarvan de gezondheidszorg gemoderniseerd kan worden.

De traditionele rol van zorgverzekeraars bij dit soort nieuwe technologieën, die van financier, kan verbreed worden tot die van initiator, aanjager, facilitator, evaluator, regisseur en zelfs aanbieder. Hierdoor ontstaat meer dynamiek in de relatie tussen zorgverzekeraars, verzekerden en zorgaanbieders, maar geen fundamentele verandering. Maatschappelijk gezien ligt de uitdaging voor de zorgverzekeraar in het creëren en faciliteren van een omgeving waarin privacy-gevoelige data absoluut veilig zijn en alleen beschikbaar voor derden wanneer de patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven.

Aan het begin van dit hoofdstuk werd echter al de vraag opgeworpen waarom slechts een fractie van de totale doelgroep deelneemt aan nieuwe zelfmeet-

praktijken. Gebrek aan belangstelling van de kant van de zorgverzekeraar is niet de reden. Integendeel, verzekeraars als Achmea zien voor zichzelf juist een rol als aanjager weggelegd. Ook weerstand vanuit zorgaanbieders biedt geen bevredigende verklaring. Weliswaar werd Achmea als aanjager bij twee van de drie programma's geconfronteerd met weerstand, maar in het derde programma nam de zorgaanbieder (SBZ) de rol van aanjager op zich (en ondervond ze weerstand van Achmea toen zij meer zelfmeters wilde faciliteren). Uit feedback van deelnemende patiënten blijkt eveneens dat zij tevreden zijn over de programma's. Het zelfmeten biedt hun voordelen bij het managen van hun ziekte. Ook de beschikbaarheid van de benodigde technologie (ontwikkeld door multinationals zoals Philips) legt de nieuwe zelfmeetpraktijken geen strohalm in de weg. En tot slot is ook voor een verklaring ten aanzien van onvoldoende privacybescherming geen bewijs.

Is het uiteindelijk dan gewoon een kwestie van geld? Ondanks het feit dat de kosten van het zelfmeten binnen deze drie programma's op dit moment te verwaarlozen zijn ten opzichte van de totale zorgkosten, kunnen de kosten snel oplopen, gezien de enorme omvang van de doelgroep. En hiermee belanden we bij de, volgens ons, meest plausibele verklaring: niet deze kostenpost, maar de onzekerheid over wat het zelfmeten oplevert in termen van geld en gezondheid, voorkomt dat de nieuwe zelfmeetpraktijken een hoge vlucht nemen. De baten strekken zich uit over een periode van enkele jaren tot decennia en zijn daarmee inherent onzeker. En hard wetenschappelijk bewijs over de kosten-effectiviteit van het zelfmeten, binnen deze drie programma's, in de Nederlandse setting, ontbreekt.

De actuele kwestie is dus dat momenteel onvoldoende duidelijk is wat het zelfmeten vanuit maatschappelijk oogpunt, dus vanuit een gezamenlijk belang van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, precies oplevert. Zolang deze onduidelijkheid blijft bestaan, zal elk van deze partijen programma's zoals Motiva of Hartcoach vanuit het eigen belang evalueren en zich strategisch positioneren. Met als gevaar dat onnodig veel energie verloren gaat aan toenemende dynamiek en discussie tussen deze partijen, terwijl veelbelovende initiatieven zoals Motiva, Hartcoach of Begeleide Zelfzorg grote moeite hebben de pilotfase te ontstijgen. Politiek-bestuurlijke discussies rondom het zelfmeten zouden zich daarom moeten richten op de vraag waarom er (nog steeds) zoveel onduidelijkheid bestaat over het maatschappelijk rendement hiervan, en op de vraag hoe deze situatie doorbroken kan worden. Het antwoord op de eerste vraag ligt voor een deel in het feit dat het aantonen van dit rendement complex is. Ook zal zelfmeten als onderwerp van studie moeten concurreren met andere medische technologieën. Mogelijke oplossingen zouden kunnen zijn om reeds bij de ontwikkeling van nieuwe (zelfmeet)technologieën, nadrukkelijk aandacht te besteden aan de evaluatie van het gebruik van deze technologie in termen van maatschappelijk rendement, op basis van wetenschappelijke studies. De overheid zou dit op twee manieren kunnen stimuleren.

Ten eerste door onderzoekssubsidies beschikbaar te stellen die specifiek gericht zijn op de kosteneffectiviteit van het zelfmeten. En ten tweede door innovaties op het gebied van zelfmeten te subsidiëren of belonen (innovatieprijs) op basis van harde cijfers over het maatschappelijk rendement.

2.9 Referenties

Cleland J.G. et al. (2005). 'Noninvasive home telemonitoring for patients with heart failure at high risk of recurrent admission and death: the Trans-European Network-Home-Care Management System (TEN-HMS) study'. In: *JACC* 45, no. 10, pp. 1654-1664.

Domingo, M. et al. (2011). 'Noninvasive remote telemonitoring for ambulatory patients with heart failure: effect on number of hospitalizations, days in hospital, and quality of life. CARME (CAtalan Remote Management Evaluation) study'. In: *Revista Española de Cardiología (English Edition)* 64, no. 4, pp. 277-285.

Domingo, M. et al. (2012). 'Evaluation of a telemedicine system for heart failure patients: feasibility, acceptance rate, satisfaction and changes in patient behavior: results from the CARME (CAtalan Remote Management Evaluation) study'. In: *European Journal of Cardiovascular Nursing* 11, no. 4, pp. 410-418.

Engelfriet P.M. et al. (2012). *Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en de toekomst*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Garcia-Alamino, J.M. et al. (2010). 'Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation'. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, no. CD003839.

Hartstichting (2007). 'Prevalentie, incidentie en levenslange kans op het ontwikkelen van boezemfibrilleren'. In: Hartstichting, *Cijferboek 2007, Hart- en vaatziekten in Nederland*. Den Haag: Hartstichting.

Heneghan, C. et al. (2012). 'Self-monitoring of oral anticoagulation: systematic review and meta-analysis of individual patient data'. In: *The Lancet* 379, no. 9813, pp. 322-334.

Koopman, C. et al. (2012). 'Hart- en vaatziekten in Nederland'. In: Koopman C. et al. *Hart- en vaatziekten in Nederland 2012. Cijfers over risicofactoren, ziekte en sterfte*. Den Haag: Hartstichting, pp. 7-31.

Leemrijse, C.J. et al. (2012). 'The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial'. In: *BioMed Central Cardiovascular Disorders* 12, no. 47.

Rapportage experiment Coaching & Therapietrouw (EI-245) juli 2009-juli 2012 (2012). Achmea Zorg & Gezondheid, Achmea Services N.V., Evean/Icare Verpleging en Verzorging. [z.p].

Spiering, R. & H. Stas (2013). *Evaluatie pilot Leefstijlcoach Telefonische leefstijlbegeleiding voor patiënten met prediabetes. Kwaliteit & Innovatie*. Achmea Zorg & Gezondheid. [z.p.]

Stichting Begeleide Zelfzorg. 'Trombose, Soorten Trombose'. http://www2.begeleidezelfzorg.nl/nl/trombose/soorten_trombose. Geraadpleegd op 24 november 2014.

Vaartjes, I., I. van Dis & F.L.J. Visseren (2010). *Hart- en vaatziekten in Nederland 2010. Cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte*. Den Haag: Hartstichting.

Vale, M.J. et al. (2003). 'Coaching patients on achieving cardiovascular health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease'. In: *Archives of Internal Medicine* 163, no. 22, pp. 2775-2783.

Zorg Binnen Bereik. 'Missie en Visie'. <http://www.zorgbinnenbereik.nl/index.php?id=12>. Geraadpleegd op 24 november 2014.