

ABSTRACT*Thinking and doing public health differently*

The focus in public health lies to a large extent still on illness, and much less on health. Although this has produced valuable insights and useful treatments, it also obscures other perspectives and options for action. For instance, people often have a disease and at the same time consider themselves healthy. This suggests that health gains might also be obtained in

other ways than through fighting and preventing disease. Looking differently at (public) health and disease is however not easy. Therefore we present a 'heuristic' scheme with two axes, object - subject and illness - health, producing four quadrants of health(y) and ill(ness), four perspectives. For example, one can report prevalences (object and illness), people's experiences with illness or with health, the ill (subject and illness) and the healthy (subject and health), or different types of health's (object and health)- similar to diseases. From

these four ways of looking and thinking, different ways of doing in public health can follow. The use of the scheme is illustrated with alcohol use.

Keywords: perspectives on health and disease, heuristic scheme, alcohol

CORRESPONDENTIEADRES

Johan M. Melse, RIVM - centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Postbus 1, Postbak 54, 3720 BA Bilthoven, tel. 030-2743107, e-mail: johan.melse@rivm.nl

Bruikbaarheid van Kessler Psychological Distress Scale (K10) voor prevalentieschatting van depressie en angststoornissen

Hans Spee¹, Niels Smits², Harry de Koning³

In de Standaardvraagstelling Angst & Depressie van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid is door epidemiologen van GGD'en afgesproken om de Kessler Psychological Distress Scale (K10) te gebruiken voor het schatten van de prevalentie van depressie en angststoornissen in hun werkgebied. Dit artikel laat zien dat toepassing van deze screener resultaten oplevert die aanzienlijk afwijken van de prevalentieschattingen op basis van het Composite International Diagnostic Interview (CIDI) dat als gouden standaard geldt. Aan de hand van data uit een studie waarin zowel de K10 als de CIDI bij een groep respondenten is afgenomen, wordt geïllustreerd dat de K10 niet bruikbaar is voor het schatten van de prevalentie. Omdat het schatten van de prevalentie met de gouden standaard (CIDI) voor GGD'en vanwege de hoge kosten niet altijd haalbaar is, wordt afgesloten met het beschrijven van twee alternatieve methoden om de prevalentie te schatten.

INLEIDING

Maandelijks maakt 6,9% van de Nederlandse bevolking van 18-65 jaar een depressie en/of angststoornis door.¹ Gezien de ernst van deze aandoening en de goede mogelijkheden voor preventie is wenselijk om op gemeentelijk niveau in kaart te brengen hoeveel mensen lijden aan een depressie en dat gemeenten een speerpunt maken van depressiepreventie. Bovengenoemd percentage is gebaseerd op het Composite International Diagnostic Interview (CIDI)² dat door velen wordt gezien als de 'gouden standaard' bij het in kaart brengen van psychische aandoeningen. Omdat de CIDI nogal arbeidsintensief is vanwege de inzet van getrainde interviewers, wordt deze methode niet altijd gebruikt. Zo is in de Standaardvraagstelling Angst & Depressie van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid³ bepaald dat GGD'en niet de CIDI, maar de Kessler Psychological Distress Scale (K10) gebruiken voor het schatten van de prevalentie van depressie en angststoornissen. Dit is een korte vragenlijst die schriftelijk kan worden afgenomen.

In een recent onderzoek in Limburg-Noord⁴ werd dit advies gevolgd. Uit dit onderzoek bleek dat volgens de K10 59,6% van de bevolking geen of een laag risico heeft op een depressie en/of angststoornis, 35,8% van de bevolking heeft een matig risico en 4,6% heeft een hoog risico op een depressie en/of angststoornis. In een aantal andere GGD regio's worden soortgelijke bevindingen gerapporteerd.

Deze K10 cijfers verschillen aanzienlijk van de prevalentieschattingen (6,9%) op basis van de CIDI uit de Nemesis-2 studie. Dit is niet verwonderlijk omdat de CIDI een diagnostisch instrument en de K10 een screeninginstrument is. In dit artikel laten we zien tot welke vertekeningen in de prevalentieschatting het gebruik van de K10 kan leiden. We beginnen met een beschrijving van de K10 en prevalentieschattingen op basis van de CIDI uit het Nemesis-2 onderzoek. Vervolgens wordt een onderzoek beschreven waarin de K10 en de CIDI gelijktijdig zijn afgenomen en waaruit blijkt dat de twee prevalentie schattingen sterk van elkaar verschillen. We besluiten met een beschouwing waarin het nut van

¹ GGD Limburg-Noord, Venlo

² Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam

³ Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

screeners, zoals de K10, bij prevalentie-schattingen wordt besproken.

DE KESSLER PSYCHOLOGICAL DISTRESS SCALE (K10)

De K10 bestaat uit tien vragen over de geestesgesteldheid in de afgelopen vier weken. De antwoordcategorieën zijn (tussen haakjes bijbehorende score): altijd (5), meestal (4), soms (3), af en toe (2), nooit (1). De scores op de vragen worden bij elkaar opgeteld tot een totaalscore welke loopt van 10 tot 50. Screeners zoals de K10 worden geconstrueerd om personen op te sporen met een verhoogd risico op de ziekte in kwestie. Het is daarbij gebruikelijk om een afkappunt te hanteren waarboven er sprake is van verhoogd risico, en waaronder niet. Voor het vaststellen van optimale afkappunten voor screeners verwijzen we naar Smits et al.⁵ Er zijn door Kessler et al. echter geen officiële normen vastgesteld voor het gebruik van de K10. In de standaardvraagstelling Angst & Depressie is de volgende normering afgesproken voor de Nederlandse versie: 1-15: geen of laag risico; 16-29: matig risico; 30-50: hoog risico op depressie en/of angststoornis.

De K10 is in het begin van de jaren negentig ontwikkeld als een screeninginstrument voor psychische aandoeningen. De K10 wordt wereldwijd voor dat doel gebruikt. In de afgelopen tien jaar is in gezondheidsenquête door overheidsorganisaties in Australië, Nieuw-Zeeland en de Verenigde Staten de K10 of een verkorte versie (K6) ook gebruikt om prevalenties van psychische aandoeningen in grote populaties te schatten.⁶⁻⁹ We hebben in de literatuur weinig onderbouwing gevonden dat het gebruik van de K10 voor dit doel rechtvaardigt. Hoewel

Kessler et al. dit gebruik aanbevelen, merken zij tevens op dat meer validatieonderzoek nodig is.⁹⁻¹¹

PREVALENTIE VAN DEPRESSIE EN ANGSTSTOORNISSEN IN NEDERLAND

In de Nemesis-2 studie¹ is onderzoek gedaan naar de prevalentie van psychische stoornissen in de algemene bevolking van 18-65 jaar in Nederland in de jaren 2007 tot en met 2009 met behulp van de CIDI. In tabel 1 zijn cijfers opgenomen over het voorkomen van depressieve stoornissen en angststoornissen. Omdat in het navolgende de diagnosecategorieën “stemmings- en/of angststoornissen” en “depressie en/of angststoornissen” naast elkaar worden gebruikt gaan we kort in op het verschil in prevalentie tussen deze categorieën. “Stemmings- en/of angststoornissen” omvatten naast depressieve stoornissen ook de aanverwante aandoeningen “dysthymie” en “bipolaire stoornis”. De prevalentie van “stemmings- en/of angststoornissen” is op jaarbasis maximaal 1,1% hoger dan “depressie en/of angststoornis” (zie tabel 1). We leiden daar uit af dat de maandprevalentie van “stemmings- en/of angststoornissen” maximaal 1,1 % hoger kan zijn dan de maandprevalentie van “depressie en/of angststoornissen”.

PREVALENTIESCHATTING MET DE K10 EN MET DE CIDI

In twee Nederlandse studies zijn zowel de K10 als de CIDI bij een groep respondenten is afgenomen. De eerste studie is het proefschrift van Donker.¹³ Daarin

werden via een complex selectieproces deelnemers gerekruteerd, waardoor de uitkomsten niet te generaliseren zijn naar de algemene bevolking en dus onbruikbaar voor de huidige discussie. De tweede studie is die welke is besproken door de Wit et al.¹⁴ en Fassaert et al.¹⁵ Onder 309 personen werden de uitkomsten van een screening met de K10 naar “stemmings- en angststoornissen” vergeleken met de uitkomsten van de CIDI. De gevonden maandprevalentie was 6,6%. Deze komt ongeveer overeen met die van de Nederlandse bevolking (6,9%) zoals gerapporteerd in het Nemesis-2 onderzoek (zie tabel 1). We nemen daarom aan dat deze uitkomsten realistisch zijn voor de gehele Nederlandse bevolking. De Wit et al. rapporteren voor de K10 de sensitiviteit, de specificiteit en de positieve predictieve waarde voor diverse afkappunten.

In het navolgende zal bovenstaande prevalentieschatting op basis van de CIDI worden vergeleken met schattingen op basis van de K10. Daarbij moeten twee opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste hanteert de landelijke standaard twee afkapgrenzen, 16 en 30, die drie K10 categorieën opleveren: geen of laag, matig en hoog risico. Voor een prevalentiebepaling is een dichotome (ja/nee) classificatie nodig en daarvoor kan slechts één afkappunt worden gebruikt. Er zijn dan twee opties: (a) het laagste afkappunt wordt gebruikt zodat de matig en hoog risico categorieën samen worden genomen (“wel”) en worden geconstrueerd met de laag risico categorie (“niet”); (b) het hoogste afkappunt wordt gebruikt zodat laag en matig risico worden samengenomen (“niet”) en worden afgezet tegen een hoog risico (“wel”). Omdat in de standaardvraagstelling geen duidelijke keuze voor een afkapgrens wordt gegeven lossen we het hier op door niet te kiezen, maar de uitkomsten te geven onder beide afkappunten.

Ten tweede, helaas gebruiken de Wit et al. slechts één van de twee afkappunten uit de standaardvraagstelling Angst & Depressie gerapporteerd, namelijk 30; voor afkappunt 16 worden geen gegevens vermeld. Er zijn gelukkig wel gegevens beschikbaar voor afkappunt 17 en deze zullen worden gebruikt als een benadering voor die van het afkappunt van 16. Merk op dat het gebruik van 17 in plaats van 16 zal leiden tot wat conser-

Tabel 1 Voorkomen van depressieve stoornissen en angststoornissen in de Nederlandse bevolking in de jaren 2007 t/m 2009. Bron: NEMESIS-2 onderzoek.^{1,12}

Diagnose	Jaar prevalentie ¹	Maand prevalentie ¹⁴
Depressieve stoornis	5,2%	1,4%
Enigerlei stemmingsstoornis (incl. dysthymie en bipolaire stoornis)	6,1%	–
Angststoornissen	10,1%	5,9%
Depressie en angststoornis (uitsluitend gecombineerd voorkomen)	2,1%	0,4%
Depressie en/of angststoornis (gecombineerd en afzonderlijk voorkomen)	13,2%	6,9%

Tabel 2 Screening naar een stemmings- en/of angststoornis in een populatie van 309 personen met de Kessler K10 en met een CIDI interview (gouden standaard). Afkappunt van de K10 is 17.

		Stemmings- en/of angststoornis in CIDI interview		Totaal
		ja	Nee	
Stemmings- en/of angststoornis in K10	ja	17 (a)	62 (b)	79 (25,6%)
	nee	3 (c)	227 (d)	230 (74,4%)
	totaal	20 (6,6%)	289 (93,4%)	309

Bron: de Wit et al.¹⁴

Tabel 3 Screening naar stemmings- en/of angststoornis in een populatie van 309 personen met de Kessler K10 en met een CIDI interview (gouden standaard). Afkappunt van de K10 is 30.

		Stemmings- en/of angststoornis in CIDI interview		Totaal
		ja	nee	
Stemmings- en/of angststoornis in K10	ja	1 (a)	1 (b)	2 (0,7%)
	nee	19 (c)	288 (d)	307 (99,3%)
	totaal	20 (6,6%)	289 (93,4%)	309

Bron: de Wit et al.¹⁴

Tabel 4 Illustratie van Two Phase Sampling waarbij Tabel 2 als basis is gebruikt en aantallen met tien zijn vermenigvuldigd.

		Stemmings- en/of angststoornis in CIDI interview		Totaal
		ja	nee	
Stemmings- en/of angststoornis in K10	ja	43 (a)	157 (b)	200 (50%)
	nee	3 (c)	197 (d)	200 (50%)

vatieve schattingen van het aantal mensen dat positief scoort. In het volgende zullen we gebruik maken van de weging naar leeftijd en geslacht die de Wit toepast (noot a). Voor het afkappunt op de K10 van score 17 rapporteert de Wit:

sensitiviteit = 85,0% (a/a+c)

specificiteit = 78,5% (d/b+d)

positieve predictieve waarde = 21,0% (a/a+b)

In de groep van 309 personen worden met de CIDI 20 personen (6,6%) gediagnosticeerd met een “stemmings- of angststoornis” (tabel 2). Bij een afkappunt van 17 hebben volgens de K10 79 personen (25,6%) een “stemmings- en/of angststoornis”. Bij 62 van de 79 personen (78,5%) is dat niet terecht. Van de 230 personen die lager dan 17 scoren is dat bij 98,7% terecht.

Bij het afkappunt op de K10 van score 30 rapporteert de Wit:

sensitiviteit = 4,8% (a/a+c)

specificiteit = 99,7% (d/b+d)

positieve predictieve waarde = 50,0% (a/a+b)

De prevalentie op basis van de CIDI

verandert uiteraard niet bij verandering in het afkappunt: deze blijft 6,6%. Bij het afkappunt 30 hebben volgens de K10-vragenlijst twee personen (0,7%) een stemmings- en/of angststoornis (tabel 3). Bij een van de twee personen (50%) is dat niet terecht. Van de 307 personen die bij de screening met de K10 lager dan 30 scoorden is dat bij 93,8% (288/307) terecht.

Voor de volledigheid merken we op dat op basis van Tabel 2 en 3 te berekenen is dat 77 personen scoren tussen 17 en 30 op de K10. Het percentage dat een matig risico op “depressie en/of angststoornis” heeft is dan 24,9% (77/309).

BESCHOUWING

Doel van dit artikel is na te gaan of de prevalentieschattingen van de K10 een goede indicatie zijn van de werkelijke omvang van “depressie en/of angststoornis” in de algemene Nederlandse bevolking. Uit het voorafgaande blijkt dat

de uitkomsten van de K10 sterk verschillen van de gouden standaard (CIDI). Bij het afkappunt 17 (matig of hoog risico) is de prevalentie volgens K10 bijna vier keer zo hoog (25,5%) (noot b) als de prevalentie op basis van de CIDI (6,6%). Bij een afkappunt van 30 (hoog risico) is de ‘prevalentie’ volgens de K10 (0,7%) meer dan negen keer zo laag. We concluderen daarom dat de Kessler K10 niet bruikbaar is voor dit doel.

Niettemin kunnen screeners als de K10 bij prevalentieonderzoek een grote kostenbesparing of efficiency opleveren als het duur is om bij de gehele steekproef de gouden standaard af te nemen. Bij “two-phase sampling”¹⁶ wordt met behulp van een screener de steekproef opgedeeld in hoog en laag risico personen. Uit elk van deze twee groepen wordt vervolgens een even grote sub-steekproef van personen getrokken zodat in de tweede fase een groep met hoog risico ontstaat en een groep met een laag risico. In beide groepen wordt op basis van de (dure) gouden standaard bepaald wie de stoornis heeft. Door de uitkomst

sten uit de tweede fase te wegen met selectiegewichten uit de eerste fase kan de prevalentie in de gehele populatie worden geschat. Om two-phase sampling eenvoudig te illustreren nemen we de uitkomsten in Tabel 2 als voorbeeld waarbij we de onderzoekspopulatie tien maal zo groot maken, 3090 personen. Alle getallen in de tabel kunnen we dan met tien vermenigvuldigen. Daardoor scoren 790 personen 17 of hoger op de K10 en 2300 lager dan 17. Stel nu dat we van beide groepen 200 personen willekeurig selecteren voor een CIDI interview. We merken op dat de conditionele kansen uit Tabel 2 nog steeds gelden omdat deze substeekproef aselekt is. Dat levert de cijfers op in tabel 4.

Om de prevalentie te schatten moeten de percentages uit de twee groepen gewogen worden met hun selectiegewichten: $43/200 \times 790/3090 + 3/200 \times 2300/3090 = 0,066$ wat gelijk is aan de schatting uit Tabel 2. Het voordeel van two-phase sampling is dat eenzelfde aantal CIDI-interviews een nauwkeuriger resultaat geeft (smaller betrouwbaarheidsinterval) dan bij een one-phase onderzoek.¹⁷ Het voert te ver om alle aspecten van deze methode hier te verduidelijken. Voor het bepalen van het optimale afkappunt in de eerste fase verwijzen we naar Hand.¹⁸ Voor het bepalen van optimale aantallen waarnemingen in de twee fasen voor prevalentieschatting verwijzen we naar McNamee.¹⁷

Als we er van uit gaan dat regio's in Nederland verschillen in prevalentie zal per regio een two-phase K10-CIDI moeten worden afgenomen. Ondanks dat er vaak wordt gedacht dat sensitiviteit, specificiteit en positieve en negatieve predictieve waarde eigenschappen zijn van een screeninginstrument die gelden voor alle populaties, is dat beslist niet het geval.¹⁹ De genoemde testeigenschappen zijn populatieafhankelijk. Voor een nieuwe populatie is dus altijd een "two-phase" studie nodig.

Vanwege de hoge kosten zal het uitvoeren van "two-phase sampling" voor veel GGD'en niet haalbaar zijn. Een tweede alternatief is het maken van een grove schatting van de prevalentie door landelijke geslacht- en leeftijdspecifieke prevalentiecijfers door te rekenen in de populatie van een gemeente. De prevalentiecijfers uit de NEMESIS-2 studie zijn goed te gebruiken voor dat doel. Hoewel

deze benadering minder precies zal zijn dan bij het toepassen van two-phase sampling, levert dat op gemeenteniveau een bruikbare schatting van de prevalentie op. Voor het schatten van de prevalentie op wijk en buurtniveau in de wat grotere gemeenten voldoet deze methode minder goed. De ervaring leert dat variaties in prevalentie tussen deze buurten en wijken vaak relatief groot zijn en dat deze variaties zich maar beperkt laten verklaren door verschillen in geslacht- en leeftijdsopbouw van deze buurten en wijken.

NOTEN

- Aangezien de data een oneffenheid bevatte, hebben we gecorrigeerde data opgevraagd bij de auteurs.
- Bij het gebruik van afkappunt 16 zou dit zelfs nog hoger zijn.
- Met dank aan Matty de Wit van de GGD Amsterdam en Heleen van Agt van Erasmus Medisch Centrum Rotterdam voor hun bijdragen.

ABSTRACT

The usefulness of the Kessler Psychological Distress Scale (K10) for estimating the prevalence of depression and anxiety disorders

Dutch regional public health epidemiologists have agreed to use the Kessler Psychological Distress Scale (K10) to estimate the local prevalence of depression and anxiety disorders.

This article demonstrates that using the K10, yields outcomes which deviate substantially from results generated by the CIDI (golden standard). Using a sample in which both the K10 and CIDI were administered, shows that the K10 is not appropriate for estimating the prevalence. Because using the CIDI for estimating the prevalence is not always feasible for regional public health institutions on account of the high costs, we conclude with a description of two alternative methods for prevalence estimation.

Keywords: Depression and anxiety disorder, prevalence estimation, K10,

CIDI, Dutch Public Health Epidemiology, screening

LITERATUUR

- Graaf R de, Have M ten, Dorselaer S van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010, pp. 87-105.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU et al. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry 1989;45:1069-77.
- Standaardvraagstelling Angst & Depressie oktober 2007. Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid. <http://www.monitorgezondheid.nl> (bezocht 7 november 2011).
- GGD Limburg-Noord. Volwassenmonitor 2009. Venlo: GGD Limburg-Noord, 2010.
- Smits N, Smit F, Cuijpers P, De Graaf R. Using decision theory to derive optimal cut-off scores of screening instruments: an illustration explicating costs and benefits of mental health screening. Int J Methods Psychiatric Res 2007;16:219-29.
- Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychol Med 2003;33:357-62.
- Australian Bureau of Statistics. Use of the Kessler Psychological Distress Scale in ABS Health Surveys. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4817.0.55.001> (bezocht 7 november 2011).
- Oakley Brown MA, Wells JE, Scott KM, McGee MA. The Kessler Psychological Distress Scale in The Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. Austr New Zealand J Psychiatry 2010;44:314-22.
- Kessler RC, Barker RP, Colpe LJ. Screening for Serious Mental Illness in the General population. Arch Gen Psychiatry 2003;60:184-9.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med 2002;32:959-76.
- National comorbidity survey. http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php (bezocht op 7 november 2011).

12. Ongepubliceerde gegevens uit NEMESIS-2 onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
13. *Donker T, Comijs HC, Cuijpers P et al.* The validity of the Dutch K10 and EK10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2010;176:45-50.
14. *Wit MAS de, Tuinebreijer WC, Beekman ATF et al.* Stemmingen- en angststoornissen in Amsterdam: verschillen in voorkomen en zorggebruik naar etniciteit. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2010.
15. *Fassaert T, Tuinebreijer WC, Wouters H et al.* Psychometric properties of an interviewer administered version of the Kessler psychological distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *International J Methods Psychiatric Res* 2009;18:159-68.
16. *McNamee R.* Two-phase sampling for simultaneous prevalence estimation and case detection. *Biometrics* 2004;60:783-92.
17. *McNamee R.* Efficiency of two-phase designs for prevalence estimation. *Int J Epidemiol* 2003;32:1072-8.
18. *Hand DJ.* Screening vs Prevalence Estimation. *J Royal Statist Soc* 1987;36:1-7.
19. *HC Kraemer.* Evaluating medical tests: Objective and quantitative guidelines. Newbury Park: Sage Publications, 1992, p 33.

CORRESPONDENTIEADRES
Hans Spee, GGD Limburg-Noord,
Postbus 1150, 5900 BD Venlo,
tel. 077-850 48 05,
e-mail: hspee@ggdlimburgnoord.nl

Essaywedstrijd: winnende bijdragen

Henk Rosendal¹

In samenwerking met TSG heeft de Interacademiale Werkgroep Zorginnovatie (IWZ) een eenmalige essaywedstrijd uitgeschreven rond het thema innovatie en ketenzorg. Met deze wedstrijd wil het IWZ haar activiteiten in de afgelopen jaren afronden. Het IWZ heeft zich altijd gericht op het samenbrengen van wetenschap en praktijk rondom maatschappelijk relevante thema's. Dit kreeg vorm in levendige werkconferenties en workshops. Inmiddels zijn er zoveel andere gremia die zich op dit domein richten, dat het IWZ heeft besloten zichzelf

op te hebben. Hierbij wil ik de huidige bestuursleden (Diana Delnoij, Jannie Oskam en Martien van Tits) en alle oud-bestuursleden danken voor hun inzet in de afgelopen jaren.

Ter afronding van deze IWZ-activiteiten is een essaywedstrijd over ketenzorg uitgeschreven. Uit het relatief kleine aantal inzendingen hebben de redactie van TSG en het IWZ-bestuur twee prijswinnaars geselecteerd: Monique Vahedi Nikbakht (1e prijs) en Mirella Minkman (2e prijs). Beide auteurs geven op geheel eigen en mooie wijze hun visie op keten-

zorg, de huidige knelpunten en hoe we daarmee om kunnen gaan. Deze zeer lezenswaardige bijdragen zijn in dit nummer van TSG opgenomen, en onderstrepen nogmaals zowel het belang als de complexiteit van ketenzorg. De redactie van TSG en het IWZ-bestuur feliciteren hierbij graag beide prijswinnaars en hopen dat ze een mooie bestemming zullen vinden voor de aan deze prijzen gekoppelde geldbedragen van 2000, respectievelijk 1500 euro.

Ketenzorg kun je niet geven

Over de paradox van het ontketenen in de palliatieve ketenzorg

C.V.M. (Monique) Vahedi Nikbakht – Van de Sande², A.P. (Adriaan) Visser²

Ketenzorg is één van de theoretische begrippen die soms snel op bepaalde zorgvernieuwingen wordt geplakt. Een voorbeeld van zo'n beleidsterrein dat sterk in de aandacht van beleidsmakers staat is palliatieve zorg. Kunnen we iets met ketenzorg in de palliatieve zorg of

vraagt dit specifieke domein om aanpassingen in de ketenzorg? Wij zijn van mening dat het laatste het geval is.

ZORG IN KETENVERBAND

Er is een veelheid aan begrippen waarmee het belang van verbindende schakels in de zorg wordt aangeduid zoals integrale zorg, ketenzorg, zorgketens,

ketentrajecten, transmurale ketenzorg, netwerken, zorgpaden en zorgprogramma's.¹ Deze zorgvormen veronderstellen enige vorm van samenwerking die er in werkelijkheid vaak niet is. Laten we uitgaan van de vaak zo geprezen ketenzorg.

Centraal staat in de ketenzorg de aaneenschakeling van allerlei hulpverleners (bijvoorbeeld huisartsen en specialisten), afdelingen binnen instellingen (polikliniek en verblijfsafdeling), tussen instellingen (ziekenhuis en een hospice)

¹ voorzitter IWZ

² Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie, lectoraat Transitie in Zorg, Rotterdam