

Zet het functioneren van mensen

‘Wie doet er mee, wie durft?’ vraagt de Taskforce De Juiste Zorg Op de Juiste Plek in zijn rapport. De essentie van de juiste zorg op de juiste plek is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (dichter bij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals eHealth). Met dat in het achterhoofd is maar één antwoord mogelijk: iedereen die betrokken is bij zorg en welzijn. Anders gaat het niet werken.

Het rapport van de Taskforce maakt duidelijk hoeveel al wordt gedaan om te zorgen dat de juiste zorg op de juiste plek wordt gegeven, maar ook hoeveel nog nodig is. Het slaat een aantal piketpaaltjes: het belang van de omslag van ziekte naar gezondheid, van versterking van de inzet op preventie en eigen regie, van denken in samenhangende zorg met en rondom mensen, van het beter benutten van digitale mogelijkheden. Met als resultaat zorg dichtbij als het kan, verder weg als het vanwege kwaliteit moet. Allemaal bekend voor wie zich al langer met de zorg bezighoudt. “Alleen maar positief”, zegt Ernst van Koesveld, secretaris van de taskforce. “Maar we zien dat nog lang niet op al die fronten even structureel en grootschalig stappen worden gezet. Het mooie van deze taskforce

eigen verantwoordelijkheid: wat kan ik zelf doen en welke professionele hulp heb ik daarbij nodig? Van dat idee zijn we nog onvoldoende doordrongen. Als het functioneren van mensen het vertrekpunt is, ga je de zorg meer in onderlinge samenwerking en afstemming organiseren, bijvoorbeeld door in een wijknetwerk een brede triage te organiseren. Dan krijgt de professional meer tijd om de vraag achter de vraag te stellen en samen te bepalen welke vervolgzorg nodig is.”

Kortom, dit rapport wil advies geven over hoe de beweging die al in gang is gezet extra brandstof kan krijgen en kan verbreden. Van Koesveld: “Daarom beperken we ons niet tot substitutie van tweede naar eerste lijn, je moet ook het



“We hopen dat de aanbevelingen van de taskforce een plaats krijgen in de hoofdlijnenakkoorden”

is dat partijen vanuit de praktijk zeggen: het is nú zaak dat we verder komen. Niet langer ziekte, maar het functioneren van mensen centraal stellen. Lang niet ieder probleem is een medisch probleem, het kan ook gaan om een probleem met een sociale context. En mensen hebben een

sociale domein erbij betrekken en wat mensen zelf kunnen doen, met hulp waar nodig. We hopen dat de aanbevelingen van de taskforce een plaats krijgen in de af te sluiten hoofdlijnenakkoorden en daarmee de agenda bepalen voor de komende periode. Het is zaak

dat de veldpartijen het commitment aangaan om te zorgen dat de juiste zorg daadwerkelijk op de juiste plek wordt geleverd. De norm moet zijn hieraan te werken. Dat niet te doen moet de uitzondering worden. Daarom moet commitment worden beloond, maar moeten we ook minder vriendelijk durven te zijn voor partijen die niet meedoen.”

Grote gevolgen

Dit heeft verstrekken gevolgen voor de burger én voor zorgaanbieders. De juiste zorg op de juiste plek betekent in de praktijk dat veel meer zorg in de eerste lijn en in het sociaal domein wordt geboden en dat de tweede lijn krimpt. Wat betekent dit voor de zorgaanbieders in de eerste lijn? “Het betekent dat

centraal



minder zorg in het ziekenhuis wordt geleverd”, zegt Guy Schulpen, directeur van eerstelijnsbedrijf ZIO en lid van de taskforce, “maar dat betekent niet per se dat de rol van de medisch specialist kleiner wordt. Er gaat meer in het sociaal domein gebeuren – buiten de zorg dus – en meer in de eerste lijn. En hierin kunnen eerstelijnszorgaanbieders en zeker ook medisch specialisten een rol spelen.”

Voor een deel betekent dit dat de huisarts het als poortwachter drukker krijgt, erkent Schulpen. “Afbouw van de tweede lijn betekent opbouw van de eerste lijn”, zegt hij. “Maar die poortwachtersfunctie kun je verbreden naar het sociaal domein, niet alles hoeft naar de huisarts

te gaan. De wijkverpleegkundige, het sociaal wijkteam en paramedici kunnen ook een rol spelen. Een forse opgave, maar ik ben ervan overtuigd dat het kan. Het rapport geeft voorbeelden van waar dit al gebeurt. Ik maak me meer zorgen over wat er gebeurt als we deze transformatie niet inzetten. We zien nu al dat mensen dure zorg vermijden vanwege de kosten. Zij melden zich bij de aanbieders in de eerste lijn en die zullen de deur nooit dichtdoen. Met als gevolg dat het op ons afkomt zonder dat we er beleid op hebben.”

Stappen zetten

Wat moet nu gebeuren? Schulpen: “Om te beginnen zien we nog steeds huisartsen die het lastig vinden om ondersteu-

Minder zorg in het ziekenhuis betekent niet per se een kleinere rol van de medisch specialist.

ningsorganisaties mandaat te geven”, zegt hij. “Alleen diabetes en COPD doen is te mager voor een zorggroep. Die moet ook verbinding zoeken met de GGZ en de gemeente. Op dit moment komt de grootste zorgvraag van samengestelde, complexe problematiek. Die vraag kan niet door één hulpverlener worden opgelost. Het gaat niet alleen om diabetes, het gaat ook om de stress ervan, de druk op het werk, het huwelijk, de seksualiteit. We moeten zorgen dat al vroeg in de keten inzicht komt in wat de patiënt echt nodig heeft. Dat vraagt om versterking van de eerste lijn en dus deugdelijke financiering. Daarmee bedoel ik niet dat het duurder zal worden dan het nu is, het gaat vooral om een andere verdeling van de beloningsstructuur.”

Staat het huidige bekostigingsstelsel dit in de weg? Volgens Van Koesveld niet. “We weten dat slimmere manieren van contracteren – van volume naar waarde – veel meer mogelijk maken”, zegt hij. “Daarvoor hoef je de bekostiging niet aan te passen. We zien al nieuwe contractvormen, uitgaand van uitkomsten. Zorg- en welzijnsorganisaties kunnen in de wijk meer samen optrekken. We zien daarvan al goede voorbeelden, zoals de Krijtmolen alliantie in Amsterdam Noord. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten moeten dit in hun contractering ondersteunen. Daaraan voorafgaand stelt de taskforce voor dat betrokken partijen een gedeeld beeld

maken van de regio, gemeente of wijk: wat is de sociale en gezondheids situatie en wat is de bijbehorende opgave?”

Houdbaarheid

Bijzonder hoogleraar betaalbaarheid van zorg Patrick Jeurissen pleit in zijn recente boek over de betaalbaarheid van de zorg voor een maatschappelijke limiet voor wat we aan zorg willen uitgeven. “Zo’n limiet is een politieke uitspraak, daarover heeft de taskforce zich niet uitgesproken”, zegt Van Koesveld.

“Maar we onderstrepen wel de urgentie om tot de juiste zorg op de juiste plek te komen en die zit onder andere op de financiële houdbaarheid van de zorg. Je kunt praten over pakketverkleining of meer eigen betalingen, maar ook over de zorg over de volle breedte slimmer organiseren. Op de juiste plek, dus bepaald door wat de patiënt nodig heeft.” Zorgverzekeraar VGZ stelt dat het mogelijk is om te besparen op de zorg zonder dat dit ten koste van de kwaliteit gaat. “Ik denk zeker dat dit kan”, zegt

Van Koesveld. “In ons rapport stellen we ook dat in het proces van verandering van het zorglandschap een rol is weggelegd voor de zorginkopers. Niet alles hoeft in dat grote ziekenhuis plaats te vinden, je krijgt een herverkaveling

“We moeten zorgen dat al vroeg in de keten inzicht komt in wat de patiënt echt nodig heeft”

en daarin spelen de zorgverzekeraars een rol. En de gemeenten natuurlijk, zoals Schulp en ook stelt, want het sociaal wijkteam, de huishoudelijke hulp en de begeleiding moeten ook op orde zijn.”

Maar wat betekent dit inhoudelijk, gelet op de spilfunctie die de huisarts in de eerste lijn vervult? Is het voor de huisarts dan nog doenlijk om praktijkhouder te zijn of kan hij beter functioneren in een structuur waarin alle niet-patiëntgebonden zaken uit handen worden genomen? “Ik zie dat niet per se als een zwart-wit keuze”, zegt Schulp. “Niet iedereen haalt energie uit het runnen van de winkel. Maar opgaan in een grotere structuur kan ook bemoeienis geven met de inhoud van het vak. Ik denk dat we daarin een goede middenweg moeten vinden.” <<

Tekst: Frank van Wijck
Foto: s Thinkstock



Vollere wachtkamers bij de huisarts door ziekenhuisverplaatste zorg? Niet per se, want de wijkverpleegkundige, het sociaal wijkteam en paramedici kunnen ook een rol spelen.