

Effectieve substitutie vraagt om sc

Ziekenhuizen en de eerstelijnszorg steken veel energie in substitutie. Verschillende organisaties experimenteren met nieuwe organisatievormen onder de noemer “anderhalvelijnszorg”. Echter het is onduidelijk op welke wijze zij substitutie het beste kunnen vormgeven, aangezien de Triple Aim-effecten onvoldoende zijn onderzocht. Dit artikel gaat in op een recente literatuurstudie van het Jan van Es Instituut (JVEI) naar de effecten van succesvolle organisatievormen in de extramurale gezondheidszorg met speciale aandacht voor Triple Aim-uitkomsten.

Er is al veel over geschreven dat door betere samenwerking tussen professionals – bijvoorbeeld rondom chronische zorg, ggz of zwangerschap en geboorte, maar ook tussen *social en primary care* – samenhangende zorg effectiever en efficiënter is. Een onderliggend mechanisme is dat ketenoptimalisatie leidt tot

se ziektebeelden? Of moeten we naar meer geïntegreerde organisatievormen waarin de generalistische en specialistische zorg wordt samengebracht, zoals anderhalvelijnscentra?

In Nederland ontstaan nu veel verschillende vormen. Focussen we bij samenwerking op de professionele as, waarbij

Uitgangspunten juiste schaal

Analyse van genoemde literatuurstudie toont een tendens die leidt tot een aantal uitspraken over de effectiviteit van verschillende organisatievormen. De effectiviteit van organisatie is geordend naar de drie Triple Aim-doelstellingen: betere ervaren kwaliteit van zorg, betere gezondheidstoestand en lagere kosten.

Voor samenwerking op lokaal niveau tot een maximum van circa 15 duizend inwoners is het resultaat vaak in termen van verbeterde kwaliteit van zorg. Het betreft veelal projecten die aansluiten bij de populatiebehoeften in de specifieke lokale context. Voor specifieke doelgroepen zoals migranten, jeugd of juist ouderen wordt zorgvernieuwing ontwikkeld en geïmplementeerd.

Op dit schaalniveau is in het literatuuronderzoek in de dagelijkse praktijk voornamelijk effect op de kwaliteit van zorg aangetoond. Er is weinig effect gevonden op gezondheidstoestand en doelmatigheid. Vanuit de ervaring in Nederland is structurele inbedding (organisatorisch en financieel) van dit type zorgvernieuwing zeer lastig.

Voor samenwerking op specifieke ziekte-

Deze organisatievorm verbetert zowel de gezondheidstoestand als meer doelmatigheid op populatieniveau

deze betere resultaten. Echter, het is nog onvoldoende duidelijk hoe we deze afzonderlijke ketentrajecten organisatorisch in de zorg moeten inbedden. Voor sommige individuen, maar zeker in een populatie, zijn meerdere ketentrajecten tegelijkertijd nodig. Meerdere aandoeeningen komen gelijktijdig voor, maar prevalenties, incidenties en beloop van aandoeningen zijn verschillend.

Evidence juiste organisatievorm

Vanuit de theorie vragen verschillende aandoeningen voor optimalisatie om een ándere organisatiegraad. Toch trachten we deze verschillen in één systeem van organisaties te bundelen. Moet je dan juist integreren of fragmenteren? Is de huidige infrastructuur met de scheiding tussen eerste en tweede lijn (generalistisch en specialistisch) de meest optimale? En waar ligt dan de grens? Is deze verschillend voor diver-

zorgprofessionals vanuit de huidige organisatorische context intensiever gaan samenwerken, óf focussen we ook op de organisatorische as, waarin verantwoordelijkheden over geld, plaats en menskracht worden gedeeld. Hieronder ligt een fundamenteel verschil in visie over de juiste organisatievorm. Het verschil uit zich in de vraag of men bereid is om zeggenschap over de keten te delen met andere professionals en of men delen van de eigen organisatie af wil staan of niet?

Tabel 1 Aanwezig bewijs voor de effectiviteit op de Triple Aim van verschillende eerstelijns organisatievormen

	Kwaliteit van zorg	Gezondheids-toestand	Kosten
Lokaal samenwerkingsverband	+	-	-
Regionale zorggroep	+	-	+/-
Patient-Centered Medical Home	+	+	+

haal en samenwerking

Verskillende vormen anderhalvelijnszorg

- 1 Een ziekenhuis of groep specialisten opent een buitenpoli met laagdrempelig toegankelijke specialistische zorg.
- 2 Specialisten houden op gezette tijden spreekuur in een gezondheidscentrum.
- 3 Een gezondheidscentrum heeft online verbinding met een ziekenhuis om informatie over patiënten te sturen en advies aan een specialist te vragen.
- 4 Een verpleeghuis opent een geriatrische wijkpost voor eerstelijnszorg aan oudere patiënten met complexe gezondheidsproblemen.
- 5 Een zorggroep heeft een eigen oogarts, internist of longarts in dienst, waaraan huisartsen diagnostische en therapeutische vragen stellen.
- 6 Een zorggroep ontvangt met regelmaat nascholing/supervisie van een specialist over de eigen diagnose en behandeling (Carrousel-model).
- 7 Een eerstelijns zorggroep werkt met kaderhuisartsen of gespecialiseerde paramedici die adviezen geven over chronische aandoeningen of het bewegingsapparaat. Zij nemen een deel van de functie van de specialist over.

beelden is de tendens dat op een groter schaalniveau (meer dan circa 50 duizend inwoners) de zorg efficiënter kan worden ingericht; kwaliteit verbetert en kosten worden enigszins gedrukt. Doelmatigheidsvoordelen komen voornamelijk door gemeenschappelijke backoffice en ondersteuning als gevolg van de grotere schaal. Dit lijkt kosten te drukken, echter uitsluitend kosten in dát deel van de keten waar de backoffice en ondersteuning op zijn gericht. De effecten over de keten heen richten zich voornamelijk op kwaliteit van zorg. Doelmatigheidswinst op populatieniveau op dit schaalniveau is niet aangetoond (wat niet wil zeggen dat het er niet is).

Recent zijn in de Verenigde Staten Patient-Centered Medical Homes ontstaan. Dit is een model voor organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg rond vijf pijlers: *comprehensive care, patient centered, coordinated care, accessible services and quality and safety*. Deze PCMH's worden momenteel sterk

gestimuleerd als voorbereiding op Accountable Care Organisaties. Opvallend in de omschrijving en implementatie is dat deze PCMH's op een schaalniveau van meer dan 50 duizend inwoners ontstaan, met een multidisciplinair team afgestemd op de populatiebehoeften op lokaal niveau. Een organisatie die tevens verantwoordelijkheid voor coördinatie van specialistische zorg tot haar takenpakket rekent (onder de noemer *coordinated care*), en die populatiemanagement ondersteunt voor de lokale multidisciplinaire teams (specifieke lokale doelgroepen bedient). In het bewijs over effectiviteit van deze organisatievorm komt sterk naar voren dat men zowel de gezondheidstoestand verbetert als meer doelmatigheid op populatieniveau bewerkstelligd. De belangrijkste resultaten op doelmatigheid komen door het verminderd aantal acute opnames en poliklinische bezoeken en door een verkorte ligduur in de verpleeghuiszorg.

Uit nadere analyse blijkt dat kosten terugdringen over de keten heen uitsluitend effectief is als men dit op voldoende schaalniveau realiseert, zodanig dat investering in de populatie loont voor het verminderde tweedelijns bezoek. Coördinatie over specialistische zorg dient binnen de eerste lijn te worden gerealiseerd op een schaalniveau dat aansluit bij doelmatigheidswinst op specialistische schaal.

De volgende stap

Voor Nederland lijkt dit een logische volgende ontwikkelingsfase van de eerstelijns gezondheidszorg. Voor succesvolle substitutie is een juist schaalniveau van belang, dat van de epidemiologie van de specialistische zorg. Consequentie voor de Nederlandse situatie is dat eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg zich op een vergelijkbaar schaalniveau dienen te organiseren (bijvoorbeeld het niveau van het adherentiegebied van het ziekenhuis), maar ook in samenwerking coördinatie over specialistische zorg in de eerste lijn te beleggen. Hiermee is het pas mogelijk om substitutie voor verschillende ziektebeelden vanuit één organisatorisch construct te realiseren. Dit zijn vooralsnog eerste aanwijzingen. Onduidelijk blijft of deze PCMH-vorm tot betere Triple Aim-resultaten leidt dan optimalisatie van gefragmenteerde ketens. Meer bewijs voor toegevoegde waarde van verschillende organisatievormen blijft dan ook geboden. <<

Marc Bruijnzeels



JAN VAN ES INSTITUUT