

# Precision care in plaats van protoc

Schotten zijn om af te breken, blokken zijn om op te bouwen. Daarom moeten we in de zorg niet meer denken in schotten, maar in blokken. Het begint bij de patiënt. Die bepaalt wat goed voor hem is en ‘pakt’ daarvoor blokjes uit het zorgaanbod. De huisarts wordt adviseur. Dat vraagt om een andere manier van werken en het loslaten van de strikt protocollaire zorg die nu wordt geleverd en waarop de financiering is ingericht. Zorggroep PoZoB uit Veldhoven en omstreken is hier al jaren mee bezig, zo vertellen huisarts en medisch directeur Arnold Romeijnders en toezichthouder Ton van Asseldonk.

Partijen werken prima samen binnen zorgketens, maar voor goede individuele zorg is meer nodig. De zorg moet boven die ketens uitstijgen, want er is meestal meer aan de hand dan zich binnen afgebakende gebieden als COPD, CVRM of GGZ afspeelt. Maar bovenal: de patiënt staat nog vaak niet centraal. Romeijnders illustreert dat met een praktijkvoorbeeld, een oudere kwetsbare vrouw bij hem in de praktijk. “In de oude situatie maakten we in over-

leg met bijvoorbeeld fysio en wijkverpleging een ‘boodschappenlijstje’ voor de benodigde zorg. Die werd ingevuld vóór de patiënt, zij was zelf niet bij het overleg aanwezig. Op haar verzoek gebeurde dat later wel, samen met een mantelzorger. Er werden toen hele concrete doelen geformuleerd. Zij wilde bijvoorbeeld twee keer per dag haar hondje kunnen uitlaten. Dat heeft weer allerlei gevolgen voor hoe medicatie of fysio worden ingezet.”

## Legodoos

*Precision care* noemen ze bij PoZoB deze manier om zorg te organiseren. “Dat komt eigenlijk neer op het leggen van logische verbanden en het koppelen van acties”, legt Ton van Asseldonk uit. Hij is auteur van het managementboek ‘Massa-individualisering, maatwerk zonder meerkosten’. Zijn theorieën gaan ook op voor patiëntenzorg. Van Asseldonk: “Als je alles volgens protocol doet, heb je grote kans de plank mis te slaan. Want iedereen krijgt de standaard. Dan zijn bijvoorbeeld je uitslagen goed, maar je patiënt ontevreden. Of andersom. Nee, kijk naar de patiënt en wat zijn of haar vraag is en stem daar je metingen en acties op af. Als het goed is doe je dan niet te veel en niet te weinig. Een individueel zorgplan brengt je dichterbij je doel. Vervolgens is het de uitdaging om daarop het procesmanagement te voeren.”

Een belangrijk deel van het procesmanagement is informatievoorziening. “PoZoB gebruikt Care2U als ICT-oplossing om handen en voeten te geven aan het delen van info”, vertelt Arnold Romeijnders. “Dit maakt het mogelijk om individuele processen te bouwen. Zie het maar als een Legodoos met blokjes. De huisarts of POH kan hier blokjes bij doen of uithalen. De logistiek wordt onder water geregeld. Daar is geen programmeur voor nodig.” Het biedt de patiënt de mogelijkheid om door de schotten heen de regie over

*Met de data in de hand kan medisch directeur Anton Romeijnders het succes van precision care bewijzen.*



# ollen

de zorg te voeren, zegt Romeijnders, en zelf het persoonlijk aanbod en een eigen team te creëren. “Het is toch logisch dat de mensen van de thuiszorg straks ook in het verpleeghuis komen? Zij zijn tenslotte vertrouwd met de patiënt en de patiënt met hen. Dat moet dwars door instituten en organisaties heen kunnen gaan.” Hetzelfde geldt voor specialistische kennis uit de tweede lijn, die moet ingezet kunnen worden in de eerste lijn. “Je moet niet altijd een heel circus optuigen voor kleine configuraties”, zegt Ton van Asseldonk. “Dat kan heel goed onder regie van een huisarts. Pas als het echt niet anders kan, draagt die het hoofdbehandelaarschap over aan een specialist.”



De theorie die Ton van Asseldonk uiteenzet in zijn boek 'Massa-individualisering, maatwerk zonder meerkosten', gaat ook op voor patiëntenzorg.

*“Als je alles volgens protocol doet, heb je grote kans de plank mis te slaan”*

## Financiering

Door de schotten heen denken en een patiënt of cliënt die winkelt uit al het aanbod; dat maakt de zorg ook goedkoper. Opnieuw komt Romeijnders met een praktijkvoorbeeld, ditmaal uit de GGZ. “Een verwarde man is er met gezamenlijke hulp van een FACT-team, mensen uit het sociale domein en het wijkteam weer bovenop gekomen. Maar na twee maanden meldt hij zich opnieuw met een probleem. Dan moet er een heraanmelding via instituties plaatsvinden en een nieuwe DBC worden gemaakt, terwijl hij al door en door bekend is bij het team. Dat moet toch makkelijker kunnen?”

Het vraagt alleen een andere houding bij collega-zorgverleners, gemeenten en zorgverzekeraars, zeggen Romeijnders en Van Asseldonk. Niet eens om

een andere cultuur, want op strategisch niveau is iedereen het wel eens over het nut van zulke samenwerking. Ton van Asseldonk: “Maar partijen in de zorg schieten snel in de verdediging. Ze geven niet graag werk uit handen. Terwijl ze in de toekomst juist veel te veel werk gaan krijgen.” Ook inkopers bij gemeenten en zorgverzekeraars hebben moeite met nieuwe financieringsstructuren. Het liefst rekenen ze af op basis van protocollaire zorg die keurig afgevinkt kan worden. Vergoedingen voor andere zorgstructuren zijn moeizaam te vinden, vertelt Romeijnders. “Acht jaar geleden is PoZoB gestart met een zorgpad complexe ouderenzorg. Slechts één zorgverzekeraar stapte hierin, de anderen wilden niet. Gelukkig hebben we ervoor gekozen om zelf te investeren en toch door te gaan.” Nu kan PoZoB haar succes bewijzen aan de hand van data.

Want daar zit de crux bij het bieden van *precision care*. Je moet nieuwe proces-indicatoren bepalen op basis waarvan je kunt vaststellen of je wel of geen goede zorg levert. De bouwblokken daarvoor zijn patiëntendata, rapportages en evaluaties op zorggroepniveau. Vervolgens kun je vergoedingen afspreken met zorgverzekeraars en gemeenten. <<

Tekst: Leendert Douma

Foto's: PoZoB