

Terugblik InEen Tweedaagse

De InEen Tweedaagse op 25 en 26 september stond in het teken van de juiste zorg op de juiste plek. Op deze en de volgende pagina's: een vierluik.

'One size fits all' past niet meer

TEKST: FRANK VAN WIJCK

De InEen Tweedaagse was een echte smeltkroes van partijen en ideeën, vindt Bart Smit, programmamanager Gedeelde Zorg Midden-Holland. "Een uitstekende plaats om ervaringen te delen over wat nodig is in het kader van de juiste zorg op de juiste plek en een helder beeld te krijgen van wat daarbij op ons afkomt", zegt hij.

De tweedaagse begon met een plenair deel, waarin vanuit het perspectief van de overheid, de tweede lijn en het sociaal domein werd beschreven wat de doelstellingen

zijn van de juiste zorg op de juiste plek en wat ervoor nodig is om ze te verwezenlijken. "Wat mij hierbij opviel, is dat het verhaal vanuit de tweede lijn erg op zichzelf staand was", vertelt Smit. "Het ging vooral over hoe complex het allemaal is en hoe-zeer eerst intern zaken moeten worden geregeld. Naar mijn idee is dat toch vooral de agenda van gisteren en ligt de uitdaging juist in de verbinding zoeken. In de bijdrage vanuit het sociaal domein vond ik veel meer aansluiting op de agenda van de juiste zorg op de juiste plek. Ik denk dat het daarin aan de aanbieders in de eerste lijn is om proactief invulling te geven aan die agenda. Hiermee

bedoel ik niet dat we de leiding in die agenda moeten nemen, maar wel dat we kunnen zorgen dat de gebaande paden achter ons worden gelaten. In het oude paradigma was het ziekenhuis leidend in de organisatie van de zorg. Nu, met het gedachtegoed van de juiste zorg op de juiste plek, is dat veel meer de eerste lijn."

Minder gemedicaliseerd

Wat ervoor nodig is om die rol te pakken, is leiderschap, organisatie en cultuurverandering, stelt Smit. "Als we ons als eerstelijnszorgaanbieders meer gaan committeren aan het sociaal domein, ontstaat een veel krachtiger speelveld en denk ik dat er minder gemedicaliseerd wordt dan in de oude structuur, waarin we veel meer gekoppeld waren aan de tweede lijn."

De kleinschaligheid van het eerstelijnszorgaanbod kan hierbij een hindernis zijn, erkent hij. "Ik merk dat bijvoorbeeld als ik zaken met doen met de paramedische zorg", zegt hij, "die is op dit moment nog erg versnipperd. De organisatiegraad moet zeker worden opgevoerd, daaraan is tijdens de workshops in de tweedaagse ook veel aandacht besteed. Hoe stel je een regioplan op? Hoe regel je de governance? Over dat soort zaken hebben we het uitgebreid gehad. Heel nuttig, want als je een goede organisatiegraad hebt, krijg je de ruimte om mede de richting te bepalen. Het verbaast me soms hoe bepalend je kunt zijn in de agenda van morgen als je het mandaat en dus het commitment hebt van je achterban. Daarmee wordt het ook makkelijker om een gesprekspartner voor de tweede lijn te zijn. Dat merk ik in onze eigen regio heel duidelijk."



NUTTIGE INFOGRAPHIC

Tijdens de InEen Tweedaagse presenteerde Bart Smit samen met mede-JZOJP-ambassadeurs Robert Waterreus (ZorgImpuls) en Guy Schulp (Zorg In Ontwikkeling) de infographic JZOJP. Deze biedt (links naar) informatie die behulpzaam kan zijn bij het organiseren van JZOJP in de regio. Zie: <https://ineen.nl/onderwerpen/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/>

Ziektelast regio

Zit de druk op de eerste lijn de ontwikkeling niet in de weg? "Nee, want de juiste zorg op de juiste plek gaat niet over zorg afschuiven naar de eerste lijn, maar over anders organiseren", zegt Smit. "Daarom hebben we het in onze regio ook niet over substitutie, maar over geïntegreerde zorg. Dat schept veel meer ruimte voor het goede gesprek. Wat ik daarbij sterk vind van de juiste zorg op de juiste plek, is dat dit uitgaat van de regio. Je moet de zaken zó aanpakken, dat ze aansluiten bij de ziektebelasting in de regio. *One size fits all* past niet meer."

>>

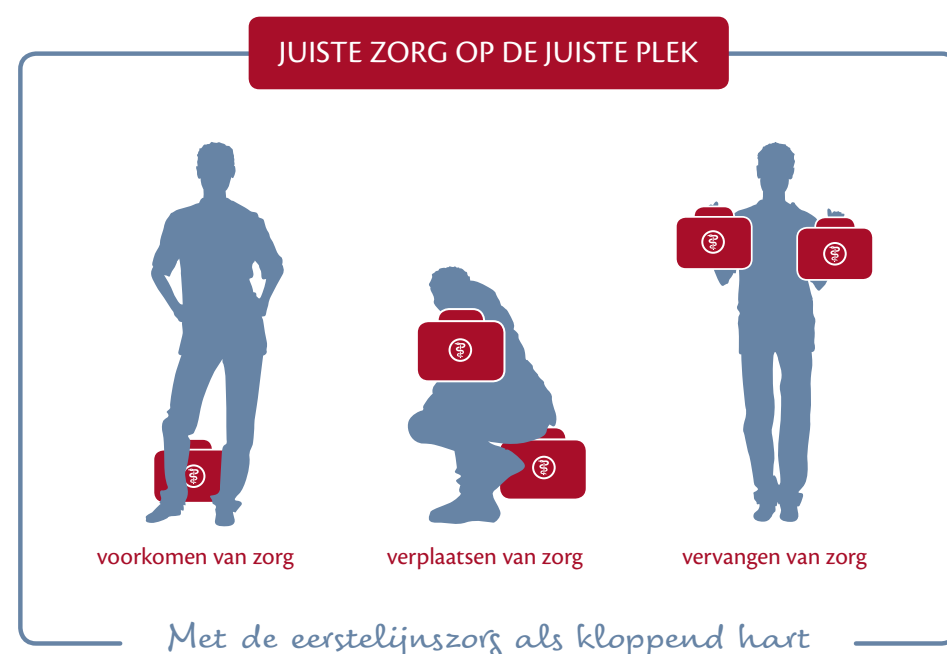


FOTO: ERIK KOTTIER

'Stop met mensen uitzonderen'

Wat betekent de beweging van de juiste zorg op de juiste plek voor de partners in het sociaal domein?
Erik Dannenberg, voorzitter van Divosa, zet de zaken op een rij.

"De juiste zorg op de juiste plek vraagt om de vorming van lokale netwerken. Wat we op dit moment nog zien, is dat de meeste partijen scherp naar hun eigen werkveld kijken, maar niet naar de aanpalende partijen. Ze moeten hun blik verruimen: kijken naar wat de burens aan het doen zijn en hoe ze daarop kunnen aansluiten. We hebben immers bij JZOJP te maken met overstijgende maatschappelijke issues die partijen niet alleen, maar slechts in samenwerking kunnen oplossen. We moeten op een andere manier naar mensen gaan kijken. Niet meer iemand die niet in het gareel past, overladen met diagnoses en samen met soortgenoten op een aparte plek neerzetten, zoals lange tijd gangbaar is geweest in onze samenleving. We weten nu dat het niet meer de bedoeling is om dit op zo'n grote schaal te doen.

Wijkartsen

Maar als we het structureel anders, beter willen doen, moeten we ons wel realiseren dat tachtig procent van de hulpvragen die bij de huisarts terechtkomt geen medische achtergrond heeft. De mensen met die vragen de juiste hulp bieden, vergt samenwerking van de huisarts met partijen in het sociaal domein. Dat moet je organiseren. Zeker nu de balans tussen het aantal mensen dat zorg aanbiedt en nodig heeft zo aan het veranderen is. Je ziet nu dat gemeenten en eerstelijnszorgaanbieders door de druk die dit geeft de toegang gaan dichttimmeren, bepaalde groepen

niet meer gaan helpen. Dat is niet de juiste weg. Wat nodig is, is samenwerking en dus systeeminnovatie. Een groep professionals van verschillende organisaties die zich als team gedraagt. Misschien past hier wel bij dat we huisartsen gewoon wijkartsen gaan noemen. De toekomst is aan de gezondheidscentra, waarin collectieve preventie, sociaal domein en zorg op één plek bij elkaar zitten. Nu noemen we alles 'zorg', en daar moeten we vanaf. We moeten meer kijken naar voorspellende factoren die verklaren waarom iemand ziek wordt of tussen wal en schip valt, naar de mens in zijn context dus. Dat vraagt om samenwerking tussen de betrokken partijen. Dus: pak de professionele ruimte - met gemeente, ggz en volkshuisvesting erbij - om samen over cases te overleggen. Niet uitgaand van financiën, maar van wat de samenleving helpt. De ggz moet hierbij de marinade zijn die de smaak van al het andere doordrenkt. Het is vreemd dat F-ACT teams nu bijvoorbeeld geen onderdeel vormen van sociale wijkteams. Dat zou wel moeten, want dan kun je veel actiever inzetten op herstel van het gewone leven.

Primair burger

Blijft natuurlijk over de vraag: hoe houd je hier toezicht op? Niet door per betrokken partij naar je eigen continuïteit te kijken, maar naar de samenhang. Dit vergt dus ook een andere *mindset* van bestuurders. En het betekent dat veel meer moet worden ingezet op preventie. Op basisschoolniveau voor kinderen al een positief zelfbeeld creëren: dat scheelt later in het leven heel veel problemen. Het is vele malen beter dan wachten tot kinderen uitvallen en hen dan behandelen in de jeugd-ggz, zoals nu te vaak gebeurt. Je moet mensen niet afzonderen. Ze zijn primair burger, niet primair patiënt."

groter deel van het ziekenhuisbudget opslokken. Verder hebben we te maken met een toenemende zorgvraag, een toenemende complexiteit van de zorg en een oplopende arbeidskrapte.

Chemotherapie thuis

Wat kunnen we in het licht hiervan doen om de ambitie van het hoofdlijnenakkoord toch waar te maken? Als ik kijk naar de situatie in ons eigen ziekenhuis, zie ik al interessante initiatieven op het gebied van eHealth en verplaatsing van zorg - bijvoorbeeld chemotherapie of het thuis monitoren van de laatste fase van een complexe zwangerschap - naar de thuissituatie. Vooralsnog zijn dit kleine projecten, maar we proberen die met zorgaanbieders in de regio op te schalen. Ook werken we samen met de aanbieders in de regio om een oplossing te bieden voor het vollopen van de afdeling spoedeisende hulp met kwetsbare ouderen met acute problemen die vaak niet strikt medisch-specialistisch zijn. We werken samen met vvt-instellingen en revalidatiecentra om deze patiënten snel op de juiste plek te krijgen en dus te voorkomen dat ze onnodig een ziekenhuisbed bezetten. Verder hebben we een project voor *advance care planning* om met ouderen of hun naasten te praten over de vraag 'Wat als u op de SEH belandt?'. Als een oudere al op de SEH ligt, is zo'n gesprek veel moeilijker te voeren.

Beperkte organisatiegraad

Een probleem voor veel ziekenhuizen bij regionale afstemming over juiste zorg op de juiste plek is de schaal. Met vvt-instellingen lukt dit veel beter dan met eersteelijnszorgaanbieders, vanwege de beperkte organisatiegraad van de eerste lijn. Er zit heel veel efficiency en



professionaliteit in relatief kleine huisartsenpraktijken, maar voor het gericht aanpakken van zorg in de regio is die kleinschaligheid lastig. En de huisarts is een belangrijke factor om succes te boeken met de doelstellingen van JZOJP. Binnen de muren van het ziekenhuis werk maken van zinnige zorg is relatief eenvoudiger. Daar kunnen we stevig op inzetten, zonder daarin te worden belemmerd door de complicerende factor die samenwerking met externe partijen kan zijn. In het concept medisch specialist in de huisartsenpraktijk geloof ik niet zo. Intensief contact ja, maar medisch specialisten verspreiden over de regio lijkt me niet effectief. Tot nu toe heeft het hoofdlijnenakkoord voor de medisch-specialistische zorg het beoogde effect opgeleverd. Voor een succesvol vervolg moeten we niet achteroverleunen of de hakken in het zand zetten. Ik voel wel enige urgentie, gelet op het feit dat de autonome groei van de zorgvraag 2,5 procent is."

'Nu niet achteroverleunen of de hakken in het zand zetten'

Wat betekent de beweging van de juiste zorg op de juiste plek voor de ziekenhuizen? Arno Timmermans, bestuurder Dijklander Ziekenhuis in Hoorn en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen met JZOJP in zijn portefeuille, schetst het beeld.

"In het hoofdlijnenakkoord voor de medisch-specialistische zorg is de maximale volumegroei beperkt en moet die in 2022 zijn teruggebracht tot nul procent. Dit

plaatst niet alleen de ziekenhuizen, maar alle partijen in de zorg voor een enorme uitdaging. Het is niet alleen een opdracht voor de ziekenhuizen om dit te laten slagen, maar iets waarvoor we als zorgaanbieders gezamenlijk verantwoordelijk zijn.

Een van de problemen hierbij is dat de medisch-specialistische zorg in ons land al behoorlijk kosteneffectief is. De kosten lopen het meest uit de pas in de andere zorgsectoren, en daarnaast hebben we natuurlijk te kampen met de dure geneesmiddelen die een steeds

Winnaar: meekijkconsult Regio Rotterdam



Vlnr. Rob van Staveren van Zonboog, Arjan Hartog van Zilveren Kruis en Matine van Schie van ZorgImpuls. Zij namen de prijs in ontvangst namens alle partijen die zijn betrokken bij het meekijkconsult in de regio Rotterdam.

Als de huisarts ter plekke een medisch specialist kan consulteren, kan dit vaak de patiënt een onnodige gang naar het ziekenhuis besparen. In de Rotterdamse regio is dit meekijkconsult een feit, dankzij een regionale infrastructuur die ruimte laat voor lokale invulling.

Het meekijkconsult, dat tijdens de InEen Tweedeaagse als winnaar van de Challenge 'Juiste zorg op de juiste plek' uit de bus kwam, betekent dat een medisch specialist over de schouder van de huisarts meekijkt als die twijfelt of hij een patiënt wel of niet moet verwijzen. De praktijk leert dat verwijzing vaak achterwege kan blijven. Iets wat de patiënt niet alleen snel duidelijkheid biedt en tijd scheelt, maar ook betekent dat zijn eigen risico niet wordt belast.

>>

De deelnemende partijen zijn de huisartsen van Regiotafel Zuidwest, Huisartsenpraktijk Janson, Gezond op Zuid, ZonBoog, Cohaesie, Zilveren Kruis, IZER en ZorgImpuls. Marieke Sikkens, directeur van Gezond op Zuid, vertelt: “Zoiets voor elkaar krijgen begint met vertrouwen. Je moet elkaar leren kennen en de uitdagingen van de eerste en tweede lijn in kaart brengen. In het kader van de juiste zorg op de juiste plek een belangrijke ontwikkeling, want wat in de eerste lijn kan blijven, hoeft niet in de tweede lijn te worden behandeld. Dat spaart zorgkosten.”

Live of digitaal

Bij Gezond op Zuid zijn de medisch specialisten - inmiddels zijn zeven specialismen betrokken - live aanwezig in de huisartspraktijk. “Door dat directe contact kun je écht het gesprek aangaan”, zegt bestuurder Annemieke Beukman. “De huisarts en medisch specialist kunnen zo wennen aan elkaars werkwijze. Als de patiënt bij de medisch specialist komt, is al een voorselectie gemaakt. In de huisartspraktijk ziet de medisch specialist welke vragen de huisarts heeft: is een foto nodig, kan dit in de eerste lijn blijven?”

De fysieke aanwezigheid van de medisch specialist in de huisartspraktijk is niet altijd mogelijk. “Het mooie van de gekozen aanpak voor het meekijkconsult is dat dit in te vullen is op basis van de doelgroep”, zegt Wilma Stolk, manager ketenzorg en kwaliteit bij IZER. “In ons geval is gekozen voor digitaal consult, omdat wij voor vrijevestigde huisartsen werken met een solo- of duopraktijk. Daar is het volume te klein voor live contact. Wij werken daarom met de communicatiemodule VIPLive van Calculus. Inmiddels hebben huisartsen van diverse zorgorganisaties en de specialisten van vier regionale ziekenhuizen hierin toegang tot dezelfde community. De huisartsen en medisch specialisten zien daarin aan de voorzijde dezelfde informatie en aan de achterkant wordt de declaratie door de betrokken zorgorganisatie geregeld.”

Cultuurverandering

Werken op basis van het meekijkconsult is voor alle betrokken partijen een cultuurverandering, stelt Stolk. “Je moet de meerwaarde laten zien van samenwerken in één community”, zegt ze, “dat gaat niet vanzelf.” Zorgverzekeraar Zilveren Kruis heeft de gekozen aanpak financieel mede mogelijk gemaakt en heeft geholpen belemmeringen in het proces weg te nemen. “Ze zijn vanaf het begin betrokken geweest”, zegt Sikkens. “Het is mooi dat het niet is blijven hangen bij een project, maar dat het echt een vaste plaats heeft gekregen in het werk van de huisartsen en medisch specialisten. Wel vraagt het nu om structurele financiering.” <<

Meer informatie over de Challenge?
Kijk op www.de-eerstelijns.nl/dossier.

COLUMN



Afspraak voor mijn moeder

Met wachttijden bij de huisarts is het net als met de klimaatverandering: iedereen ziet het aankomen, maar er gebeurt te weinig tegen.

Er zal gediscussieerd worden over de nulmeting. Wanneer zijn we in Nederland begonnen met het meten van wachttijden bij de huisarts? Wat is dat eigenlijk precies, een wachttijd? *De tijd die je moet wachten tussen het moment dat je contact zoekt met de huisartsenpraktijk en het moment dat je daadwerkelijk zorg kunt krijgen.* Is wachttijd alleen van toepassing als je naar je eigen huisarts wilt?

Er is ooit onderzocht, ik meen me te herinneren door het Nivel, dat een driedaagse huisartsenstaking tot lagere zorgkosten in het totale zorgsysteem leidde. En uit die tijd weten we dat patiënten bij niet-spoed drie dagen moesten wachten. Maar hoe is het nu? Kunnen patiënten nog steeds binnen 'redelijke' termijnen terecht? Wat is het effect van digitale triage en e-afspraken op de wachttijden? Welke fysieke en digitale drempels kom je tegen als je als patiënt je huisarts nodig hebt? Zijn er eigenlijk Treeknormen voor huisartsen?

Ik kom tot deze column, omdat ik voor mijn bijna 94-jarige moeder een afspraak wilde maken bij haar huisarts. Geen spoed, maar veertien dagen wachttijd vond ik wel rijkelijk veel. Nu kon het wachten, want het is echt geen spoed, maar wat als er meer haast achter zit? Het is te voorspellen dat de huisartsentekorten, de wachtlijsten voordat je sowieso een huisarts hebt en de groeiende zorgvraag ertoe gaan leiden dat wachttijden oplopen. Maar ja, er is een nulmeting, patiënten klagen niet snel over hun huisarts, die vaak als laatste persoonlijk bastion in het zorgsysteem wordt gezien. Dus?

*Jan Erik de Wildt,
trendwatcher eerstelijnszorg*