

GEZONDE ZORG

COINCIDE

JAARGANG 17
MEI 2023



14

NAAR EEN OPTIMAAL
GEÏNTEGREERDE ZORG

26

EEN TWEEGESPREK OVER
PASSENDE ZORG

48

DE KRACHT VAN FOCUS,
INNOVATIE EN
SAMENWERKING

52

OP 1 LIJN

NR.
24

GEZONDE ZORG

's Ochtends onder de douche ontstaan vaak de beste ideeën. Dat is het resultaat van een uitgerust brein, dat tijdens je slaap de informatie van overdag heeft verwerkt en nieuwe verbanden heeft kunnen leggen.

Juist de douche leent zich daar goed voor als één van de weinige plekken waar je niet wordt afgeleid door werk, telefoon of alle mogelijke vormen van technologische vernuftigheden. Onbewust vallen de dingen dan soms precies op hun plek.

Zo'n eureka moment voelt misschien als een spontane ingeving, maar is toch vaak de oogst van noeste arbeid. De combinatie van hard werken en momenten van loskomen is dan ook een voorwaarde voor goede ideeën, en daarmee een voorwaarde voor vernieuwing en verandering. Die omstandigheden faciliteert Coincide door zorgbestuurders mee te nemen naar een andere wereld en onder te dompelen in een onbekend zorgsysteem, ver weg van de normale bezigheden.

Dat geeft ruimte om op een andere manier te kijken en nieuwe verbanden te leggen.

In dit Coincide Magazine delen verschillende zorgbestuurders hun visie op een duurzame zorgsector. Inspiratie daarvoor is onder andere opgedaan tijdens de Zorginnovatiereis naar Barcelona. De ontmoetingen met Catalaanse collega's en bezoeken aan verschillende zorginstellingen heeft nieuwe inzichten gebracht. Ook de gesprekken onderling en momenten van ontspanning dragen daar aan bij. "Vernieuwen door verbinden", aldus het motto van Coincide.

Dus als je nog op zoek bent naar een baanbrekende oplossing voor het nijpende personeelstekort, of dé manier om de zorg echt digitaal te ontsluiten en domein overstijgende integrale zorg te verlenen... dan raad ik je aan om vanavond vroeg naar bed te gaan met dit magazine vol inspirerende artikelen, en morgenochtend een extra lange douche te nemen!

Marleen van Essen

Partner & programmadirecteur Coincide





BRENGT MENSEN SAMEN



Om innovatie en ontwikkeling in de zorg- en welzijnssector te stimuleren organiseert Coincide studieprogramma's en ontmoetingen waar besluitvormers actuele kennis, ideeën en nieuwe inzichten kunnen delen met elkaar en met de sprekers in het programma. Informatie uitwisselen, discussiëren en leren, stelt de deelnemers in staat om (collectief) verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteitsverbetering van hun sector, bedrijfstak of bedrijf en deze sneller op een hoger niveau te brengen.

Studiereizen, masterclasses, congressen en netwerk programma's worden ontwikkeld op eigen initiatief en in opdracht van klanten. Opdrachtgevers kunnen regionale samenwerkingsverbanden zijn of bijvoorbeeld instellingen

die een veranderproces doorgaan of kennis van specifieke ontwikkelingen willen opdoen.

Onze programmamanagers hebben brede kennis van de ontwikkelingen in de Nederlandse- en internationale zorgmarkt en een uitgebreid netwerk van contacten. Buiten deze inhoudelijke kennis weten onze projectmanagers de juiste hotels, restaurants en vervoersmiddelen te regelen, passend bij de groep en de doelstelling van het programma.

We komen het graag met u bespreken. Neem contact op via 020-6768217 of via office@coincide.nl voor een afspraak.

-
- 4 IZA vooruit: systeemhindernissen overwinnen**
Ad Melkert
voorzitter Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- 8 Acute zorg voorkomen begint thuis**
Pauline Terwijn
voorzitter raad van bestuur Pantein Zorggroep
- 10 Mensgerichte zorg begint met een gelijkwaardige relatie**
Marjolein de Jong
voorzitter raad van bestuur Ziekenhuis Gelderse Vallei
- 12 Korte klap of lange adem**
Douwe Biesma
voorzitter raad van bestuur Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
- 14 Naar een optimaal geïntegreerde zorg**
Patrick Bindels
hoofd Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH)
Eric Scheppink
lid raad van bestuur Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Aard Verdaasdonk
voorzitter a.i. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Ruben Wenselaar
voorzitter InEen
- 18 Stoom en kokend water?**
Dirk Jan van den Berg
voorzitter Zorgverzekeraars Nederlands
- 20 Wat is er nodig om het IZA van het papier af te krijgen?**
Georgette Fijneman
directievoorzitter Zilveren Kruis
- 23 De glazen bol**
Guy Schulpen
medisch directeur Co-Med
- 26 Een tweegesprek over passende zorg**
Jan Kremer
hoogleraar zorg & samenleving en speciaal gezant passende zorg
- 30 Hyperspecialisatie in de zorg: de noodzaak van generalisten**
Robin Peeters
voorzitter Nederlandse Internisten Vereniging
- 32 De mens is belangrijker dan zijn ziekte**
Marjo Vissers-Kuijpers
voorzitter raad van bestuur Coöperatie VGZ
- 34 Geïntegreerde zorg in de regio; klaar voor de volgende stap!**
Jeroen van den Oever
directievoorzitter Fundis
- 36 De muis en de olifant**
Jan Willem Kuenen
co-founder & CEO Flexdokters
- 38 Medische technologiebedrijven moeten gelijkwaardige gesprekspartner worden in het zorgecosysteem**
Leon Kempeneers
managing director Philips Benelux
- 41 Van Zorg naar Gezondheid**
Bert van der Hoek
voorzitter raad van bestuur Trimbos-instituut
- 44 It takes two to tango. Zorgerschikking brengt de juiste zorg op de juiste plaats**
Sophia de Rooij
voorzitter raad van bestuur Ziekenhuis Amstelland
Mark Kramer
lid raad van bestuur Amsterdam UMC
Sybren van der Zee
manager Cancer Center Amsterdam
Anja Berkhout
programmamanager Ziekenhuis Amstelland
- 48 De kracht van focus, innovatie en samenwerking**
Hanneke Klopper
voorzitter Zelfstandige Klinieken Nederland
- 50 Transformatie GGZ: Afbouw en Opbouw**
Dianne Burger
directeur-bestuurder a.i. Mind
- 52 Op 1 Lijn**
Jolanda Buwalda
voorzitter raad van bestuur Omring
- 54 De kracht van onderzoek en de maatschappelijke opgaves in de zorg**
Stefan Sleijfer
decaan en voorzitter raad van bestuur Erasmus MC
- 56 De stap naar digitale zorg moet nu gemaakt worden**
Jan Willem Spijkman
sector banker gezondheidszorg ING
Justin Lintjer
directeur public & healthcare ING

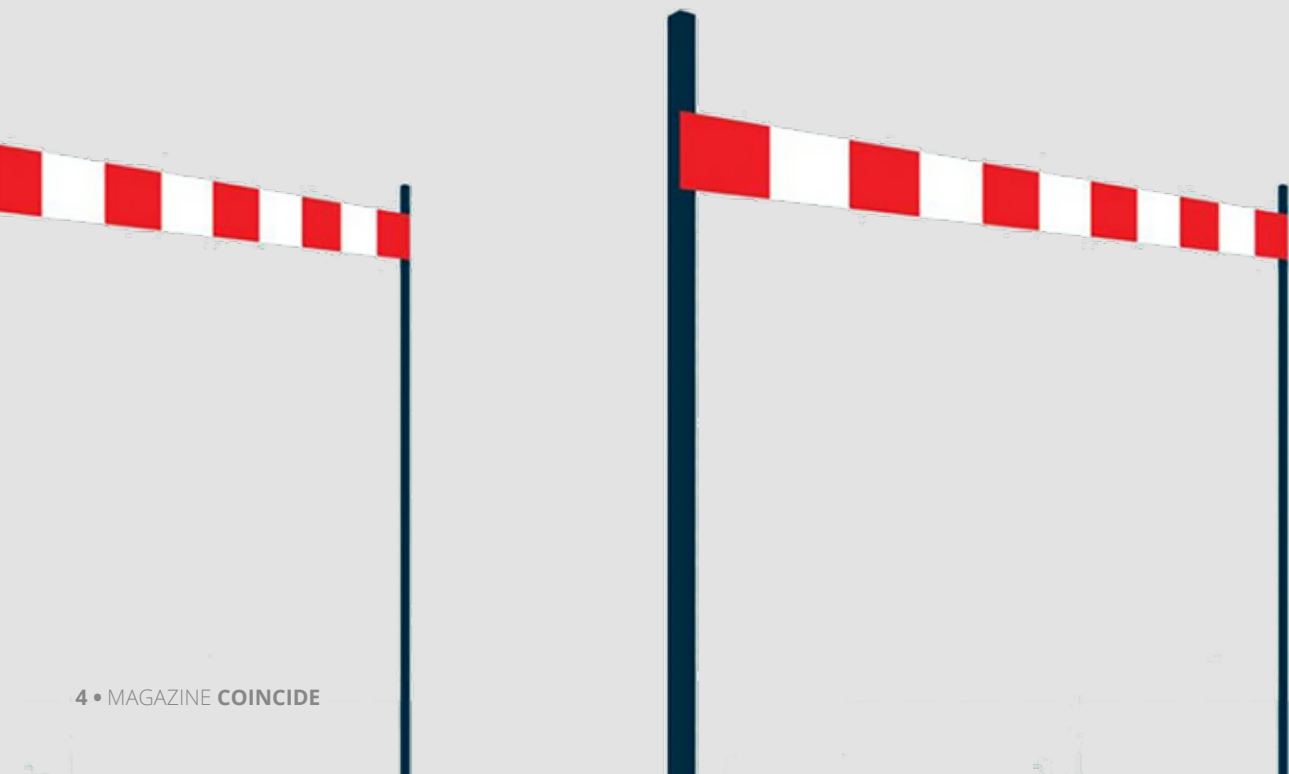
Ad Melkert

voorzitter Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

IZA VOORUIT

SYSTEEMHINDERNISSEN OVERWINNEN

De Nederlandse zorg gaat gebukt onder een consensus paradox: iedereen is het erover eens dat de werking van het systeem moet veranderen maar wil ook dat het systeem zelf blijft. Een “stelsel­discussie” vertrouwt men elkaar noch de politiek toe. Het resultaat is een allegaartje van alles dat zich tussen marktwerking en sturing bevindt, samengeraapt in een breed ondertekend Integraal Zorgakkoord. Partijen hebben hun handtekening gezet in het besef dat de teksten richting geven, maar dat tussen de regels door zich duivels schuilhouden die vroeg of laat om dieper ingrijpen zullen vragen. Op de korte termijn kan met experimenten (bekostiging) of ‘alvast aan de slag gaan’ (regionale samenwerking) voortgang worden geboekt. Er zijn goede voorbeelden van zorgorganisaties en zorgprofessionals die de opdrachten uit het Akkoord in praktijk brengen. Maar voor structurele en opgeschaalde hervorming is het onvermijdelijk dat (minstens) zeven systeemhindernissen moeten worden overwonnen.



De zorg uit de Mededingingswet

Ten eerste, het spook van de Mededingingswet. In het IZA is er nog lippendienst aan bewezen en er ontstaat nu een praktijk dat met de pet in de hand aan de ACM moet worden gevraagd of iets mag of niet. Dit is de zorgwereld op zijn kop. Het effectieve antwoord om samenwerking en consolidatie van de grond te krijgen is: de zorg uit de Mededingingswet. Om dit voor elkaar te krijgen is een politieke krachttoer nodig, waarop voorlopig nog geen uitzicht bestaat. Daarom zou een tijdelijk moratorium op de toepassing van Artikel 6 van de Mededingingswet op de gezondheidszorg soelaas bieden. Dan kan de hinderpaal ook niet meer als alibi worden gebruikt om bindende samenwerking te ontlopen.

Ingeperkte concurrentie tussen verzekeraars

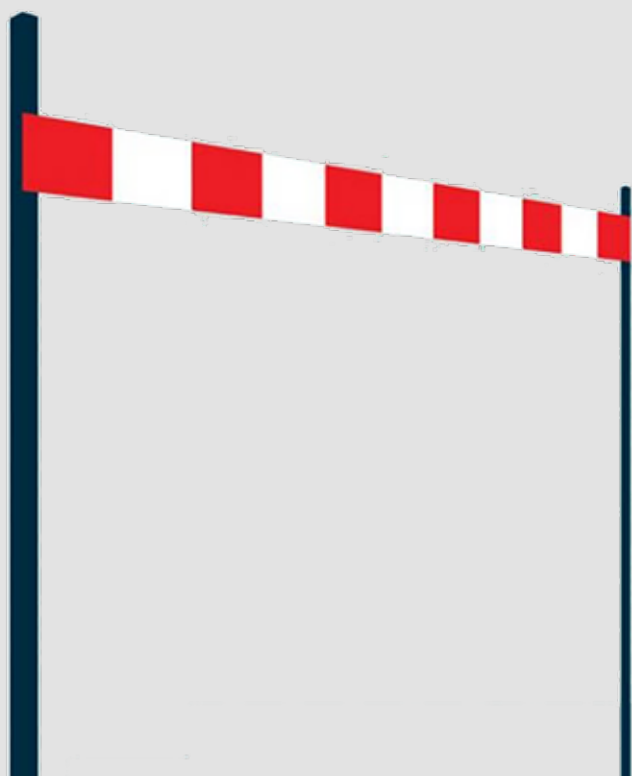
Ten tweede, de concurrentie tussen de verzekeraars. Deze zal moeten worden ingeperkt door bindende collectieve kaderafspraken voorafgaand aan contractering tussen individuele instellingen en verzekeraars – zodat wat gezamenlijk in het IZA is overeengekomen ook gezamenlijk wordt opgevolgd. Hiertoe behoren inzet op meerjarencontracten, standaard afspraken over beschikbaarheid (IC, acute zorg), en het automatisch doorgeven van de loon- en prijsbijstelling. Ook zal regionale ketensamenwerking vereisen dat wordt gecontracteerd op basis van fijnmaziger populatiekenmerken in samenhang met aanpassing van de risico-verevening tussen verzekeraars. En misschien zou het helpen om het overstapeseizoen van verzekerden tweejaarlijks in plaats van ieder jaar te organiseren, zodat het contracteringscircus wat op adem kan komen?

Ingrijpen op de vrije markt

Ten derde, de vrije markt voor zorgondernemers. Terwijl huisartsen, ouderenzorg en ziekenhuizen voor een steeds zwaardere opgave staan om aan minimale rendementseisen te kunnen voldoen, strijken winst beogende bedrijven uit binnen- en buitenland neer op huisartsenpraktijken, zorgvilla's en zelfstandige behandelcentra. Zij eten steeds meer uit de collectieve ruif en dragen zo bij aan het ondermijnen van de 24-uurs beschikbare zorginfrastructuur, die naar verhouding steeds duurder wordt wanneer anderen de krenten uit de pap vissen. Collectief geld moet worden besteed aan collectieve voorzieningen. Het is al laat, maar nog niet te laat om in te grijpen.

Openbreken van de buffers

Ten vierde, de reservering van miljarden aan dood geld. De gekunstelde marktwerking heeft miljarden aan publiek geld in buffers opgeslagen die een enorm reservoir van eenmalig investeringsgeld ten behoeve van digitalisering en duurzaamheid zouden kunnen zijn. Het gaat hier om de optelsom van solvabiliteitsverplichtingen van aanbieders en verzekeraars, opslagen voor commerciële bankleningen en waarborgvereisten voor investeringen in gebouwen. Deze vloeien uiteraard voort uit de 'markt' en toepasselijke EU- bepalingen. Maar, vanuit het publieke belang geredeneerd, hoeveel geld zou niet vrijgespeeld kunnen worden als de overheid via garantie of versterkte waarborg zou bijdragen om praktisch zeer beperkte risico's af te dekken? Tel uit de belastingwinst voor de burger.



Einde aan versnippering

Ten vijfde de gefragmenteerde organisatie van de eerste lijn. In de beste traditie van de Nederlandse zorgfilosofie benadrukt ook het IZA het poortwachtersbelang van de eerste lijn. Om de ambities van een veel sterkere ketensamenwerking bij verder verwachte tekorten aan huisartsen en thuiszorgpersoneel waar te maken, is het bijeenbrengen van aanbieders hard nodig. De ondersteunende organisatie van de huisartsenpraktijk wordt verbonden met de rol van het ziekenhuis in de regio. Ziekenhuizen zonder muren delen kennis en ondersteunen thuismonitoring. En thuiszorgaanbieders zullen moeten voldoen aan eisen van een minimaal noodzakelijke omvang en kwaliteit. Marktwerking heeft tot versnippering en verspilling geleid die haaks staan op wat de zorgopgave voor de toekomst vereist.

Concentratie en spreiding

Ten zesde de gevolgen van "concentratie en spreiding". Volumennormen en efficiënte inzet van dure medische technologie vragen aanpassingsbereidheid van ziekenhuizen in het belang van de patiënt. Zijn of haar belang is echter ook gediend met voldoende beschikbaarheid van zorg nabij. De beweging naar specialisatie en schaalvergroting is van alle tijden. Maar het rationele model volstaat minder in een tijd dat de zorg voor ouderen en chronisch zieken steeds zwaarder drukt, tegenstellingen tussen stad en regio hoog op de politieke agenda staan en personele schaarste en financiële beperkingen tot keuzes nopen. De 'markt' gaat geen uitkomst bieden voor de evenwichtsoefening

die nodig is om het zorgaanbod zo te reorganiseren dat tegenover concentratie voldoende spreiding staat om zorg dicht bij de burger in stand te houden. Kijk dus niet louter naar het medisch inhoudelijke perspectief maar ook naar andere aspecten zoals arbeidsmarkt en effecten voor de patiënt en zijn/haar keuze opties.

Inperking zzp'ers

Ten zevende, de arbeidsmarktpraktijk. Het aantrekken en behouden van zorgprofessionals is een uitdaging ongeacht het zorgsysteem. Het is echter wel een systeemvraag hoe belastingheffing en wettelijke arbeidsvoorwaarden bijdragen aan een beter functionerende arbeidsmarkt voor de zorg. Aan het inperken van de ruimte voor zzp'ers wordt nu van verschillende kanten, ook door het kabinet, gewerkt. De toeslagenvaal staat voorlopig nog wijd open. De politiek is aan zet om grotere deeltijdbanen beter te belonen. En de werkgever om medewerkers in vaste dienst te ondersteunen in work-life balance en reisfaciliteiten.

Niemand van boord

De consensus paradox staat voornamelijk niet in de weg aan de eerste fase van de IZA-hervormingsagenda. Hoe lang de onderliggende systeemhindernissen nog buiten schot kunnen blijven is echter een steeds dringender vraag. Het antwoord daarop zal bepalen of de IZA-vlag zal wapperen op een dobberende schuit of op een vaste koers vooruit varend flottielje. In alle gevallen geldt: niemand kan van boord. ○

“Voor structurele en opgeschaalde hervorming is het onvermijdelijk dat (minstens) zeven systeemhindernissen moeten worden overwonnen.”



Pauline Terwijn

voorzitter raad van bestuur Pantein Zorggroep

ACUTE ZORG VOORKOMEN BEGINT THUIS

*“Wat thuis kan,
gebeurt thuis.”*

11.000 minder opnamedagen in het ziekenhuis en 30 procent minder onverwacht lange opnames. Tevens minder regionale bedden in de GGZ en vrijwel geen inbewaringstelling (IBS). Dat is het resultaat van de samenwerking in MooiMaasvallei, het platform in Noord-Limburg en het Land van Cuijk. Zorgorganisaties en welzijnspartijen werken hier intensief met elkaar samen. De resultaten worden steeds zichtbaarder. De samenwerking is een voorbeeld zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) beschrijft.

Anders denken, anders organiseren
Pauline Terwijn, bestuursvoorzitter van Pantein* en voorzitter van regionetwerk MooiMaasvallei: “De komende jaren verdubbelt de zorgvraag en moeten we het met hetzelfde aantal medewerkers doen. Dat vraagt een andere aanpak van de uitdagingen waar we voor staan. En dat is wat we in MooiMaasvallei doen. Dankzij de nauwe samenwerking in de regio komen patiënten sneller terecht bij de juiste hulp- of zorgverlener en wordt zwaardere zorg voorkomen. De regio is al zeven jaar bezig met de transitie. Dit doen ze met verschillende partijen. Een greep hieruit: GGZ, huisartsen, thuiszorgorganisaties, zorgcentra, Maasziekenhuis Pantein, gemeenten, zorgverzekeraars, werkgevers en onderwijs”.

Een duidelijke gezamenlijke visie
Terwijn: “Wat in het Integraal Zorgakkoord staat, doen we hier al. We hebben een duidelijke visie: wat thuis kan, gebeurt thuis. En we doen alles om zorg te voorkomen, bijvoorbeeld door vroegsignalering. Hierin spelen de huisarts, wijkverpleging en de specialist ouderengeneeskunde in onze regio een belangrijke rol. Als het thuis niet meer gaat, dan kan iemand naar de herstelkliniek. In onze regio zijn veel kwetsbare mensen die te maken hebben met meervoudige problematiek. Het ziekenhuis is voor hen niet de beste plek. Voor deze mensen is er een herstelkliniek waar specialisten ouderengeneeskunde een belangrijke rol spelen. Samen met de inzet van thuiszorg, zorgt dit

op jaarbasis voor 11 duizend minder ziekenhuisopnamedagen. Als er sprake is van een acute situatie, dan gaat iemand naar de SEH en zodra het kan eventueel met (gespecialiseerde) thuiszorg weer naar huis. Hierdoor beperken we de druk op de acute keten. Dat is hard nodig gezien de ontwikkelingen. Ook kun je acute situaties vaker voorkomen met de juiste ondersteuning thuis. Mensen die bij de huisarts komen, hebben lang niet altijd een zorgvraag. Vaak liggen er welzijnsvraagstukken aan ten grondslag. We kijken dan gericht wat de patiënt nodig heeft. Ook proberen we een netwerk rondom deze persoon op te bouwen. Voorkomen is beter dan ‘genezen”.

Vooruitkijken in de coronaperiode
“Een mooi voorbeeld vanuit de praktijk betreft de coronaperiode. Met kwetsbare inwoners vond er een eerlijk gesprek plaats over hun wensen mochten ze besmet raken met corona en ernstig ziek worden. Destijds was de kans groot dat ze niet in het ziekenhuis terechtkonden.

Mensen gaven toen vaak aan liever zorg aan huis te krijgen. We hebben veel mensen thuis getest, zorg en zuurstof gegeven. Dit voorkwam onnodige overbelasting van de acute zorg”, aldus Terwijn.

Iedereen kent elkaars expertise

Door de aanpak in MooiMaasvallei verloopt de samenwerking tussen zorg en welzijn gestroomlijnd. “Mensen kennen elkaars professionaliteit en vullen elkaar aan. De belangrijkste les voor de acute zorg is dat je de uitdagingen die er zijn als ziekenhuis niet alleen kunt oplossen. Alleen met elkaar kun je de zorg beschikbaar en betaalbaar houden. Ik ben heel blij dat we hierop inzetten in onze regio. Dankzij de nauwe samenwerking behalen we maatschappelijk gezien hele waardevolle resultaten”, aldus Pauline Terwijn. ◊

¹ Pantein bestaat uit het Maasziekenhuis, Thuiszorg, Zorgcentra en Pantein Extra. De organisatie is werkzaam in de regio Noordoost-Brabant en Noord-Limburg. Pantein is onderdeel van het Netwerk MooiMaasvallei.

“11.000 minder opnamedagen in het ziekenhuis en 30 procent minder onverwacht lange opnames.”

Marjolein de Jong

voorzitter raad van bestuur Ziekenhuis Gelderse Vallei

MENSGERICHTE ZORG BEGINT MET EEN GELIJKWAARDIGE RELATIE

Van onze zorginstellingen wordt verwacht dat we mensgerichte, waardegedreven, doelmatige, passende en juiste zorg op de juiste plek leveren. Zucht... Er zijn zoveel voorschriften over hoe we zorg moeten leveren. Hoe doen we nou het goede voor iedereen? Hoe ontdekken we wat écht van belang is voor onze patiënten en medewerkers? Ik merk regelmatig dat onze organisatie en medewerkers het lastig vinden om goed door te vragen. In Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) zijn we daarom gestart met de beweging 'ZGV Zorg'. Samen bepalen we wat we écht van belang vinden, wat de best mogelijke, mensgerichte zorg is voor patiënt, medewerker en organisatie en wat de zorg van Ziekenhuis Gelderse Vallei eigen maakt.

Zorg gaat over de relatie

In focusgroepen met patiënten en medewerkers ontdekten we dat 'de zorg' gaat over de relatie tussen mensen. Niet de patiënt of de zorgverlener staat centraal, maar de onderlinge relatie die ontstaat tussen hen en zorgverleners. Een gelijkwaardige relatie waarin de patiënt kan aangeven wat voor hem echt van betekenis is en waarin de zorgverlener de professionele en emotionele ruimte krijgt om hiernaar te handelen. Een prettige relatie is ook een essentiële voorwaarde voor een goede samenwerking, zodat je goede zorg kunt leveren en een fijne dag hebt. Ik vind dat we als organisatie de verantwoordelijkheid moeten nemen om deze relaties te faciliteren. De eerste stap die we moeten zetten is simpel: met elkaar vaststellen dat we een gelijkwaardige relatie het belangrijkste vinden omdat iedereen daar het meeste uithaalt. Daarom benoemden we 'ZGV Zorg' tot één van de vier focuspunten voor 2023.

Professionele en emotionele ruimte

Wat we bedoelen met meer professionele en emotionele ruimte, zal ik illustreren aan de hand van een klein voorbeeld: een verpleegkundige komt 's ochtends de kamer van meneer Janssen binnen, een oudere patiënt. Ze ziet direct dat hij een slechte nacht heeft gehad en in plaats van

te zeggen "kom, we gaan u lekker even wassen" – waar ze eigenlijk voor kwam - gaat ze naast hem zitten en vraagt hem wat er aan de hand is. Meneer vertelt dat hij veel pijn heeft, zich zorgen maakt en bovenal zijn vrouw mist, die hem altijd goed gerust kan stellen. Er ontstaat een mooi gesprek over zijn vrouw en wat ze voor hem betekent. Ze besluiten samen de wasbeurt te laten voor wat het was en wanneer de verpleegkundige vertrekt, bedankt meneer haar voor het fijne gesprek. De verpleegkundige was in totaal 10 minuten kwijt, dezelfde tijd die ze had voor het wassen, maar de invulling en het resultaat zijn totaal anders. Het is misschien een gechargeerd voorbeeld, maar het punt is dat deze uitkomst uiteindelijk voor zowel de patiënt als de verpleegkundige van veel meer betekenis was. Er zijn nog tal van andere voorbeelden te verzinnen die laten zien dat we meer gezondheidswinst kunnen bieden als we de zorg en de behandeling beter op patiënten af kunnen stemmen doordat we ze kennen. En dat is waar we het als ziekenhuis uiteindelijk voor doen.

Vertrouwen en respect

Als we willen dat de verpleegkundigen deze ruimte nemen, is het natuurlijk essentieel dat we het na die 10 minuten niet over die gemiste wasbeurt gaan hebben, maar dat we waardering uitspreken voor de goede zorg die is geleverd.

Dat vraagt om het vertrouwen op elkaars professionaliteit en het respecteren van elkaars keuzes. We moeten de professional meer ruimte geven om samen met de patiënt te beslissen wat het beste is om te doen en dat kan bijvoorbeeld ook betekenen dat we soms bepaalde kwaliteitsnormen ter discussie moeten stellen. Daarvoor moeten we het professionele gesprek met elkaar voeren over wat we willen bereiken en welke werkwijze daarbij hoort. En we moeten elkaar en onszelf een spiegel blijven voorhouden door onze ervaringen bespreekbaar te maken.

Vragen en luisteren

Voor het opbouwen van een goede en gelijkwaardige relatie zijn meerdere aspecten belangrijk, waaronder het gesprek met elkaar voeren. Een gesprek tussen mensen gaat altijd om tweerichtingsverkeer. We proberen het gesprek dan ook aan beide kanten te stimuleren. Enerzijds door zelf meer of andere vragen te stellen aan patiënten, anderzijds ook door patiënten te faciliteren om makkelijker te uiten wat ze belangrijk vinden. Dat doen we bijvoorbeeld door het bemoedigen van het stellen van drie goede vragen* en door het inrichten van een e-anamnese in de e-zorgpaden waarbij we vooraf vragen wat en wie er belangrijk is voor de patiënt en welke doelen hij heeft. Wat hierin op termijn echt kan helpen is een overstijgende persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) waarbij patiënten gemakkelijk informatie kunnen registreren die relevant en belangrijk is en die voor verschillende zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis beschikbaar is.

In beweging

Ik zie in ons ziekenhuis 'ZGV Zorg' in beweging komen. Medewerkers worden enthousiast, voelen herkenning en zien kansen om meer voldoening uit hun werk te halen. Natuurlijk zijn er ook nog genoeg uitdagingen. We maken nog geen gebruik van een PGO, dus hoe registreren we goed wat een patiënt belangrijk vindt zodat ook de collega in de volgende dienst of de huisarts dat weet? Hoe meten (of weten) we of onze zorg 'het goede' is voor zowel de patiënt of medewerker en welke vragen stellen we als we willen weten of de patiënt en de medewerker tevreden naar huis gaan? Veel vragen waarvoor we samen op zoek willen naar de antwoorden. Daarom noemen we het ook een beweging. Eentje waarin we het niet voor de ander, maar mét de ander invullen wat we verstaan onder en willen bereiken met onze 'ZGV Zorg'. ○

* <https://www.geldersevallei.nl/patient/naar-het-ziekenhuis/voorbereiding-polikliniek/3-goede-vragen/3+goede+-vragen>

<https://youtu.be/chgEKdpj4dk>

“We kunnen meer gezondheidswinst bieden als we de zorg en de behandeling beter op patiënten af kunnen stemmen doordat we ze kennen.”



Douwe Biesma

voorzitter raad van bestuur Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

KORTE KLAP OF LANGE ADEM

Grote en belangrijke thema's in de zorg zijn niet in een periode van vier jaar, de zittingsduur van een kabinet als de regering onderweg geen kleerscheuren oploopt, op te lossen. Onderwerpen zoals preventie, het verbeteren van de kwaliteit, duurzaamheid, betaalbaarheid, digitalisering of 'moet alles wel wat kan' kennen een doorlooptijd van soms meerdere kabinetten. Een langjarig commitment van bijvoorbeeld tien jaar is nodig om daadwerkelijk resultaat op deze onderwerpen te behalen. Zaaïen en oogsten op deze gebieden, het lukt vaak niet om dat binnen één kabinetsperiode te realiseren. Vandaar een pleidooi om het budget voor de volksgezondheid te splitsen in een langjarig budget (de lange adem) en actuele thema's (de korte klap), waarbij het meeste budget zal moeten gaan naar de lange-termijn doelstellingen.

Te veel aandacht voor de waan van de dag

Helaas gaat op dit moment veel tijd en geld naar de

'waan van de dag' of het verwerken van verkiezingsprogramma's in kortetermijndoelstellingen, waarmee het electoraat tevredengesteld kan worden. We verliezen ons bijvoorbeeld in discussies over volumennormen of regionale ordening van zorg, waar veel geld voor wordt uitgetrokken. De tijd tussen het investeren in preventie en het zorgvuldig analyseren van deze maatregelen of het bereiken van een algehele implementatie is daarentegen misschien wel tien tot twintig jaar; een minister of een kabinet wil eerder tastbaar resultaat zien.

Niemand wil pronken met de veren

van z'n voorganger als dat ten koste gaat van tijd en geld voor je eigen ideeën.

Langjarige visie door langjarige bestuurders

Een mooie illustratie van het feit dat sommige onderwerpen vragen om een lange adem kwam naar voren bij een bezoek aan het Sant Joan de Déu Barcelona Hospital in Barcelona. Met nauwelijks verholen trots presenteerde de CEO van het ziekenhuis de missie en visie van dit gerenommeerde, internationale, universitaire kinderziekenhuis. Hij toonde een 10-jaar oud plaatje met de basis van het succes van dit ziekenhuis, een weg met een T-splitsing: doorgaan op het geëffende pad of een onbekende afslag nemen richting internationale

profilering. Langdurig vasthouden aan deze visie met overigens ook een CEO die zo'n 20 jaar aan het roer staat, zijn wezenlijke onderdelen van dit succes, nog steeds volgens dezelfde CEO. Zo lang eenzelfde bestuurder, dat past niet meer bij onze governancecode. De woorden van de CEO gaven echter stof tot nadenken; misschien wordt de uitwerking van een langjarige visie helemaal niet gediend met een maximale zittingsperiode voor een bestuurder van twee keer een periode van 3 of 4 jaar.

Onderscheid in lange en korte termijn thema's

Ik pleit voor een onderscheid in de zorg tussen thema's die vragen om een langdurig commitment van

opeenvolgende kabinetten en veldpartijen en meer kortstondige onderwerpen. Een 10- of 20-jaren plan met duidelijke doelstellingen en gereserveerd budget voor de echte pièces de résistance, de bovenliggende grote uitdagingen binnen de zorg, waar niet aan getornd kan worden en waar we ons allemaal aan hebben geconfirméerd.

Het denken over de langere termijn zijn we echter in de afgelopen jaren deels kwijtgeraakt. De coronapandemie en de oorlog in de Oekraïne heeft ons in een operationele stand gezet, waarin overleven belangrijker is dan nadenken over de volgende generatie. Waar het noodzakelijk was om op korte termijn tot resultaten te komen, wordt het nu weer tijd voor een langetermijnvisie.

Ik hoop dat we daarbij niet verzanden in langlopende discussies, zoals bijvoorbeeld rondom de klimaatdoelstellingen. Maar dat we aan de slag gaan met de lange-adem-issues zonder ons te laten verstoren door steeds wisselende samenstellingen van kabinetten met de drift om snel te scoren. Pas dan gaan we echte stappen zetten rondom preventie, duurzaamheid of digitale transformatie. o

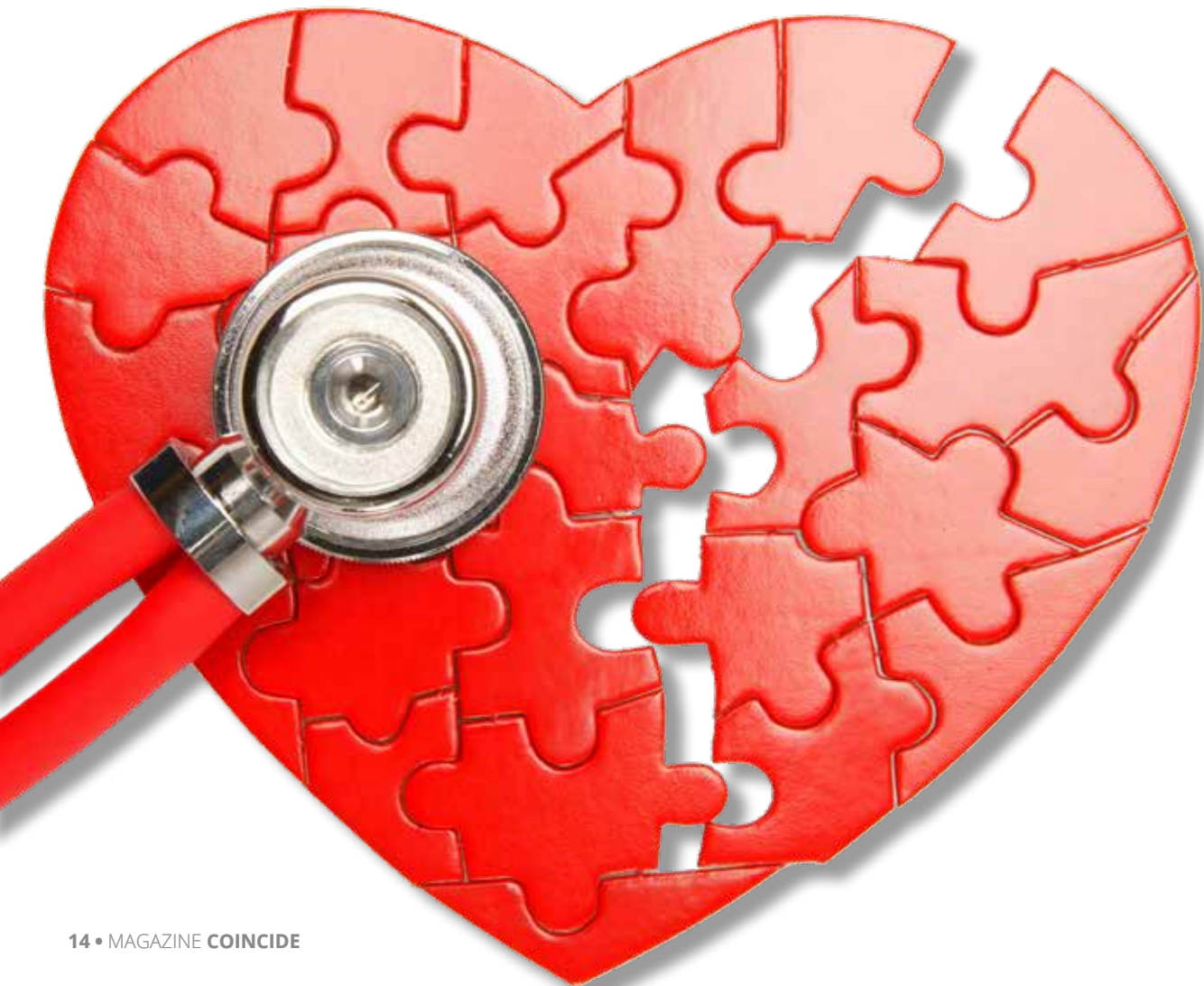
“Niemand wil pronken met de veren van z'n voorganger als dat ten koste gaat van tijd en geld voor je eigen ideeën.”



Patrick Bindels hoofd Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH), **Eric Scheppink** lid raad van bestuur Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), **Aard Verdaasdonk** voorzitter a.i. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), **Ruben Wenselaar** voorzitter InEen

NAAR EEN OPTIMAAL GEÏNTEGREERDE ZORG

Nederland heeft een gezondheidszorg van hoge kwaliteit en dat willen we zo houden. Toch kraakt het op dit moment in de zorg, onder meer als gevolg van de financiële uitdagingen waar de zorg voor staat, de tekorten in zorgpersoneel en de toegenomen zorgvraag mede als gevolg van de vergrijzing. Maar bovenal gaat het om het toegankelijk houden van de zorg voor die mensen die medische zorg nodig hebben. De druk op de zorg, niet in het minst bij de huisarts, is momenteel hoog. Daar zullen we met elkaar aan moeten werken.



Kernwaarden van de huisartsenzorg

De huisarts heeft van oudsher een cruciale positie in ons zorgstelsel. Deze positie wordt alleen maar belangrijker, gezien de uitdagingen waar we voor staan. Het zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg die hiervoor de basis vormen: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Persoonsgerichte zorg ondersteunt en versterkt de kernwaarde continuïteit. Van deze krachtige kernwaarde staat vast dat het opnames in het ziekenhuis voorkomt, het aantal medische voorschriften laat dalen, de overleving verbetert, en de waardering van de patiënt vergroot. Dit onderschrijft ook het belang voor 'meer tijd voor de patiënt', waarvoor huisartsen zich terecht hebben ingezet in het IZA. In 2018 is het woord 'medisch' toegevoegd aan de kernwaarde 'generalistisch'. Huisartsen gaven daarmee aan dat er grenzen zijn aan de vragen die in hun spreekkamer behandeld kunnen worden. Niet omdat zij hun patiënten niet zouden willen helpen met andere vragen, maar simpelweg omdat de huisarts daar vaak de mogelijk-

heden niet voor heeft. Het gaat om patiëntvragen die worden gepresenteerd als medisch vraagstuk, maar in de kern psychosociale vraagstukken zijn die geadresseerd zouden moeten worden in het sociaal en maatschappelijke domein. In 2018 is de kernwaarde 'gezamenlijk' toegevoegd. Een toevoeging die duidelijk maakt dat huisartsen het niet alleen kunnen en in gezamenlijkheid met andere eerstelijnspartners, de tweede lijn en het sociaal domein de zorg vorm willen geven. Zorgverzekeraars en de overheid zijn daarbij belangrijke stakeholders om te komen tot een betere geïntegreerde zorg in Nederland.

Ispiratie vanuit het buitenland

De recente zorginnovatiereis naar Catalonië heeft laten zien dat we van het buitenland kunnen leren als het gaat om geïntegreerde zorg. In Catalonië staat de zorg voor vergelijkbare uitdagingen als in Nederland. De zorg is er sterk geografisch georganiseerd en gezondheidscentra zijn verantwoordelijk voor geïntegreerde zorg voor een duidelijk omschreven patiëntenpopulatie met daarbij

“Een betere integratie van de taken van de GGD en daarmee van de arts Maatschappij en Gezondheid in gezondheidscentra kan bijdragen aan gerichte en geslaagde preventie.”

Patrick Bindels



Ruben Wenselaar





Aard Verdaasdonk

behorende publieke financiering. Er zijn daar inmiddels veel initiatieven waarbij is gezocht naar versterking van de rol van de verpleegkundige naast en dicht bij die van huisartsen. Het sociaal domein en maatschappelijk werkers, maar ook de publieke gezondheidszorg, zijn nauw betrokken bij het zorgteam van het gezondheidscentrum. Er zijn geen of beperkte financiële schotten binnen een gezondheidscentrum; dit stimuleert onderlinge verwijzing en samenwerking. Intermediate care-initiatieven, te vergelijken met het eerstelijnsverblijf in ons land, ondersteunen het Catalaanse geïntegreerde

zorgbeleid. Ouderen worden ter overbrugging maximaal acht dagen opgevangen op een locatie waar ze, los van het ziekenhuis, geobserveerd worden en zorg krijgen.

Integratie van eerste lijn en sociaal domein in Nederland

Het heeft prioriteit om ook in Nederland de eerste lijn en het sociaal domein beter te integreren. Er zijn al diverse voorbeelden en initiatieven in Nederland waar dit gebeurt; gezondheidscentra die nauw samenwerken met andere eerstelijnsdisciplines en het sociaal domein en de gemeente. Deze vorming van geïntegreerde zorgcentra, ofwel locaties waar huisartsen samen met andere zorgverleners samenwerken onder hetzelfde dak, is een ontwikkeling die doorgezet moet worden om toegankelijkheid van zorg te blijven garanderen en de druk op de medische zorg te verlagen. De regio en in het bijzonder de wijk, is daarbij het meest voor de hand liggende organisatieniveau. Daarbij moet goed gekeken worden naar de optimale omvang van deze centra.

Het verder vormgeven van geïntegreerde zorg in Nederland vraagt om nieuwe initiatieven, nieuwe wegen en vooral lef om het anders aan te pakken. Alleen dan kunnen we zorg toegankelijk en duurzaam houden. Er is momenteel veel versnippering in de (eerstelijns)zorg. Zo is het aantal thuiszorgorganisaties vooral in de grotere steden ontelbaar, met alle gevolgen van dien, zoals discontinuïteit en onnodige opnames. De samenwerking met wijkverpleging is mede hierdoor moeilijk te coördineren. Het maatschappelijk werk is veelal onvindbaar. Patiënten weten vaak niet waar ze voor welke vraag naar toe kunnen. Dit vraagt om een geïntegreerde aanpak en vergemakkelijkt doorstroom vanuit de huisarts naar VVT, GGZ, sociaal domein en tweede lijn.

Betere preventie door samenwerking

We moeten nadenken over nieuwe rollen in onze gezondheidscentra. Zo is er de discussie over wie welke preventietaken tot haar pakket rekent. Preventie speelt een belangrijke rol in het voorkomen van toekomstige medische zorg. Dit gaat echter verder dan de spreekkamer van de huisarts; collectieve preventie valt daar zelfs buiten. Een betere integratie van de taken van de GGD en daarmee van de arts Maatschappij en Gezondheid in gezondheidscentra kan bijdragen aan gerichte en geslaagde preventie. Laten we collega zorgverleners, over de lijnen heen, uitnodigen om actief de samenwerking te zoeken en dichterbij elkaar te komen in geïntegreerde zorgcentra.

De-medicalisering

De afgelopen decennia lijkt er een medicalisering van de maatschappij plaats gevonden te hebben. Veel (terechte) zorgen maar ook ongemak dat bij het leven hoort, worden vertaald naar een medische zorgvraag. Het omkeren hiervan is een gezamenlijke taak van alle stakeholders in de zorg, de maatschappij, inclusief zorgverzekeraars en overheid. We moeten in de toekomst meer voor elkaar doen als maatschappij, zeker in ouder wordende gemeenschappen. Daarnaast moet het stimuleren van zelfmanagement, bij eenvoudige zorgvragen en bij het zelf monitoren van chronische aandoeningen, meer aandacht krijgen om de toegankelijkheid van zorg te kunnen garanderen. Thuisart.nl is al een enorm succes, maar er zijn zeker mogelijkheden om nog verder te gaan in het stimuleren van zelfmanagement.

Uitwisseling van informatie

Het betekent ook dat hobbels in digitale informatie-uitwisseling moeten worden weggenomen. Het is niet uit te leggen aan onze patiënten dat de huisarts, met een cruciale centrale rol in de zorg, niet volledig op de hoogte is van zorg die geleverd wordt door andere eerstelijnszorgverleners en de publieke gezondheidszorg. Wat dat betreft kunnen we nog wat van de Catalanen leren. Daar zijn alle gezondheidsdata gekoppeld en beschikbaar voor evaluatie en verbeteren van de zorg. Hun stelling is 'we kunnen u geen goede zorg leveren als de bestanden niet gekoppeld zijn. Een duidelijke 'opt out' situatie. Laat het ons inspireren om in Nederland die weg ook in te slaan. ○

"Het heeft prioriteit om ook in Nederland de eerste lijn en het sociaal domein beter te integreren."

Eric Scheppink



Dirk Jan van den Berg

voorzitter Zorgverzekeraars Nederlands

STOOM EN KOKEND WATER?

Wat is er nog meer nodig om ons in een hogere versnelling te brengen om zorg zeker te stellen, nu en over tien jaar? De analyses liggen allemaal op tafel, zoals de dreiging van een chronisch tekort aan zorgpersoneel en het inzicht dat de kosten van de zorg niet ongeremd door kunnen groeien. Er is een prachtige agenda opgesteld in het IZA, WOZO en GALA, waaronder partijen in de zorg hun handtekening hebben gezet. Het was een mooi moment, en toch vallen wij makkelijk terug in grijsgedraaide groeven over wat wel kan en wat niet kan. Zo komen wij onvoldoende vooruit.

Toenemende noodzaak voor verandering

Wij zijn misschien iets té tevreden over onze prestaties. Zinnetjes als dat Nederland het beste zorgsysteem in de wereld heeft rollen makkelijk van onze lippen. Maar, gezondheidsverschillen nemen toe, wachtlijsten lopen op, personeelstekorten worden nu al zeer voelbaar, ICT-systemen zijn zwaar onderbenut, en de bodem van de zorgschatkist is in zicht. Natuurlijk is de zorg in Nederland van goede kwaliteit, maar dat laten wij dan toch niet weglopen? Alle zorgpartijen hebben de morele plicht om onze inwoners passende zorg aan te bieden. Alle zorgpartijen hebben er belang bij dat onze zorgmedewerkers met passie en voldoening hun vak kunnen uitoefenen.

Belangrijke voorwaarden

Het goede nieuws is dat veel van wat wij moeten doen er al is, of al mee

geëxperimenteerd wordt. Een paar voorwaarden moeten wij goed inrichten met alle respect voor elkaars rol: 1) een gezamenlijk doel, dat de burger in stad en land begrijpt en dat ons uit onze deelbelangen trekt en ons vanzelfsprekend kennis en data laat delen, 2) een bereidheid om nieuw uit de doos te denken, ook al snijdt het karton van de doos je in de vingers en 3) een eerlijke beoordeling of wij in de bestuurslagen van de zorg voldoende kennis en ervaring hebben geborgd voor het uitvoeren van de nodige veranderttrajecten.

Bestaande goede voorbeelden

Samen kunnen wij een sterk signaal geven over de noodzaak om het sociaal domein en het zorg domein naast elkaar te zien. Wij kunnen de gemeenten steunen zodat zij in staat worden gesteld hun 'gezondheidsplicht' naast onze zorgplicht

“Hoe forceren wij de doorbraak om de IT in één keer op een hoger en nationaal plan te krijgen?”

stevig en structureel (gefinancierd) in te vullen. Wij kunnen daarbij putten uit een aantal mooie voorbeelden hoe een goed ingericht sociaal domein de vraag naar zorg vermindert en burgers veel sneller op de juiste plek brengt voor de oplossing van hun hulpvraag. Wij kunnen samen een maatschappelijk debat opzetten over wat in redelijkheid van de zorg verwacht mag worden, en wat de zorg van de burger mag verwachten met alle moeilijke ethische vraagstukken die daarbij horen. We hebben al veel mooie voorbeelden van hoe preventie en gezonder worden zoveel meer kwaliteit van leven en levensduur geeft.

Samen in verbinding

Samen kunnen wij bouwen aan een stevige eerste lijn waarin huisartsen, thuiszorg, geestelijke gezondheid, apotheek en paramedici in goede verbinding staan met elkaar. Waarin ook een open verbinding is met de situaties van de hulpzoekende burgers in het sociaal domein. Waar de inzet van digitale middelen de zorg beter bereikbaar kan maken. Kunnen wij niet nog verder gaan met het betrekken van de tweede lijn in het werk van de eerste lijn zodat patiënten nog sneller een diagnose kunnen krijgen? Wij kunnen laten zien hoe we dit regionaal willen vormgeven, waarbij burgers kunnen meepraten over hoe de zorg in hun nabijheid eruit gaat zien.

Focus aanbrengen en scherpe doelen stellen

Samen moeten wij het gesprek aangaan over hoe de tweede en derde lijn passend kunnen zijn bij een sterke eerste lijn. Thema's als zorgcoördinatie, het omgaan met wachtlijsten en

de inrichting van de acute zorg zal veel vergen van de eerdergenoemde bereidheid uit het deelbelang te treden en de snijwond van het karton te accepteren. Focus aanbrengen in het behandelen van complexe ingrepen en het verder differentiëren van het profiel tussen de ziekenhuizen zullen zeker niet eenvoudig zijn. Hiermee verbeteren wij wel de kwaliteit van de zorg en organiseren we een goede inzet van het schaarse zorg personeel. Wij moeten doelen durven stellen op inhoud en op tijd. Er zijn geen decennia meer om deze discussie te voeren.


Een aantrekkelijke werkplek

En dan zijn er de doorsnijdende thema's. Hoe maken wij het werk voor onze medewerkers in de zorg motiverend en hanteerbaar voor de thuissituatie? In de CAO's wordt aandacht besteed aan de voorwaarden voor een moderne organisatie en cultuurbeleid, een absolute voorwaarde om de zorg een aantrekkelijke werkplek te laten zijn. Hoe forceren wij de doorbraak om de IT in één keer op een hoger en nationaal plan te krijgen, waarin

uitwisseling tussen professionals, met de patiënt en over evaluatie nu echt ongehinderd mogelijk wordt.

Bestuurlijke lef om over je schaduw heen te stappen

Als wij erin slagen een werkelijk gezamenlijk pad in te slaan om de transitie in de zorg in gang te zetten, dan past daarbij een financiering die het mogelijk maakt zonder kleerscheuren van de oude situatie naar de nieuwe situatie te komen. Hiervoor is 2,8 miljard uitgetrokken; het klinkt veel, maar dat is het niet. Dit vraagt een weloverwogen toekenning en ook een eerlijke beoordeling of wij hiermee uit zullen komen. Bestuurlijke lef, een rechte rug, het over de eigen schaduw heen stappen mogen niet verloochend worden.

We snappen allemaal dat de verandering niet van vandaag op morgen gerealiseerd is. Het is paradoxaal, maar als wij de tijd willen krijgen om een agenda uit te voeren die misschien wel acht tot tien jaar neemt, dan zullen we snel resultaten moeten laten zien. Toch maar stoom en kokend water. 



Dirk Jan van den Berg

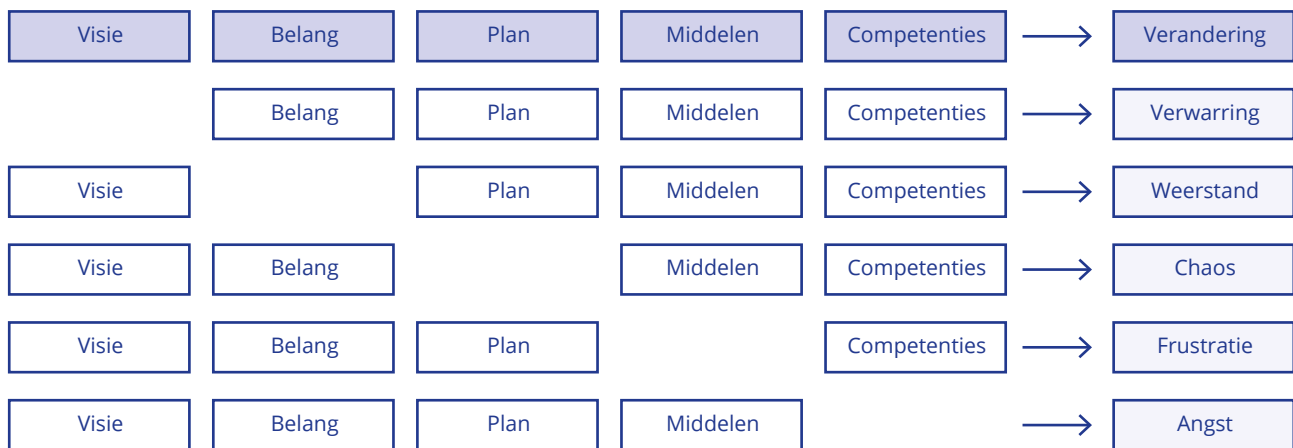
Georgette Fijneman

directievoorzitter Zilveren Kruis

WAT IS ER NODIG OM HET IZA VAN HET PAPIER AF TE KRIJGEN?

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben we met elkaar opgeschreven wat er nodig is om ook in de toekomst toegang te hebben tot betaalbare zorg van goede kwaliteit. Maar om de inhoud van het IZA 'van het papier af te krijgen', zullen we moeten veranderen. Niet alleen wijzelf, maar ook onze organisaties, onze manier van werken en de manier waarop we samenwerken. Dat is niet makkelijk. Daarom hierbij een paar tips.





Een verandering is pas succesvol als alle bouwstenen aanwezig zijn

Met het IZA hebben we een eenduidige visie opgesteld. Dit is randvoorwaardelijk voor een succesvolle verandering. Zie hiervoor bovenstaand figuur (bron: Knoster).

Het kan echter pas echt succesvol worden als ook aan alle overige voorwaarden wordt voldaan:

- Hechten alle betrokken partijen voldoende belang aan de verandering? Is de beoogde verandering voor de zorg als totaal ook in lijn met ieders individuele belangen of organisatiebelangen?
- Is de visie voldoende vertaald in een plan waarin staat wat er moet gebeuren, door wie en wanneer? Het is van belang om dit snel te doen, om de energie er in te houden, tot resultaten te komen en om te borgen dat we allemaal dezelfde kant op lopen.
- Zijn er middelen om het plan uit te voeren? Met 2,8 miljard aan beschikbaar transformatiebudget hoeven we ons hier gelukkig geen zorgen om te maken.
- Hebben we de juiste competenties om de verandering uit te voeren? Het eerlijke antwoord hierop is, dat dit niet altijd zo is.

Zorg voor een goede afbakening van het plan

Het hebben van een plan is essentieel, maar over welk plan gaat het dan? Als zorgbestuurder krijg je te maken met drie niveaus van verandering:

1: Landelijk

Het Integraal Zorgakkoord geeft aan welke veranderingen in de zorg nodig zijn om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. De meeste veranderingen gaan in de regio plaatsvinden, maar er staan ook landelijke opgaves in en veranderingen waar alle partijen een rol in hebben.

2: Regionaal

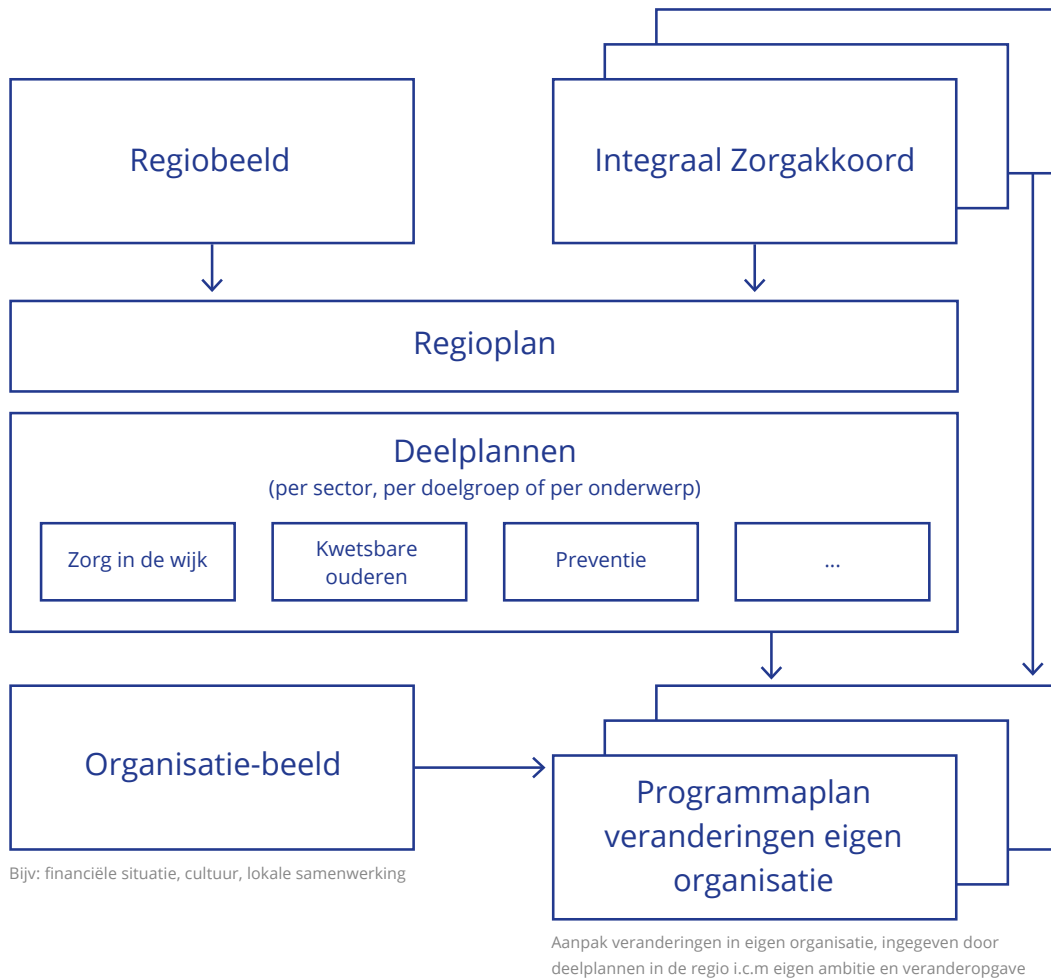
Per regio wordt via het Regiobeeld in kaart gebracht wat de opgave is (zorgvraag, zorgaanbod, benodigde samenwerking). In het Regioplan wordt vervolgens opgeschreven wat de belangrijkste benodigde veranderingen zijn, wie wat gaat doen, wanneer en met welk resultaat. Om het behapbaar te houden is het van belang om met deelplannen te werken, zodat je niet alles met iedereen hoeft te doen. Niet alles in het regioplan is relevant voor jouw organisatie. Daarnaast staat in het regioplan natuurlijk niet in detail wat het effect is van de veranderingen in de regio op jouw processen, systemen, governance en cultuur. Vandaar dat het van belang is om ook een plan voor je eigen organisatie te maken.

“Zorg dat je als bestuurder de juiste competenties om je heen verzamelt en bestuur de eigen organisatie vanuit het maatschappelijke belang.”

3: *Eigen organisatie*

Iedere zorginstelling zal op basis van a) het Integraal Zorgakkoord, b) het Regioplan en c) het eigen organisatie-beeld een programmaplan moeten maken waarin staat welke veranderingen er op jouw organisatie afkomen of

nodig zijn. Maar ook wie welke rol heeft, wat de planning is en wat de concrete resultaten moeten zijn. Zodat je zelf goed overzicht hebt van wat er in jouw organisatie gaat gebeuren. In onderstaand figuur is weergegeven hoe een en ander samenhangt.



Eigenaarschap en mandaat doen veel

In de zorg wordt veel bestuurd vanuit een zorginhoudelijke kennis. Maar iemand met een goede zorginhoudelijke achtergrond heeft niet altijd de juiste competenties om tot de beoogde veranderingen te komen die in het IZA staan. Omdat dit veranderingen zijn die niet door inhoud worden gedreven, maar waarbij je integraal naar processen moet kijken en naar keteninrichting, systeemoplossingen, en nieuwe governance-modellen. Dat is een vak apart. Zorg daarom als bestuurder dat je, waar nodig, de juiste competenties om je heen verzamelt en bestuur de eigen organisatie vanuit het maatschappelijke belang.

De rol als bestuurder in de verandering kent een paar belangrijke elementen:

- Zorg voor een duidelijke visie, gebaseerd op het IZA en het regioplan wat er voor jouw organisatie nodig is.
- Zorg voor eigenaarschap. Omarm de verandering en

draag actief uit dat dit is wat nodig is om tot toekomstbestendige zorg te komen.

- Laat zien hoe belangrijk samenwerking is. Niet door oeverloos met elkaar te praten in de regio, maar door samen met andere bestuurders het voortouw te nemen in de verandering.
- Neem het maatschappelijk belang als uitgangspunt en niet het optimaliseren van de eigen organisatie.
- Durf mandaat te geven aan partijen in de regio en aan je eigen mensen, om samen aan de verandering te werken.
- De benodigde verandering gebeurt ongetwijfeld met vallen en opstaan, maar houd altijd de energie vast.

Het laatste punt is misschien nog wel het belangrijkste. De uitvoering van het IZA is voor ons allemaal nieuw. Als we er samen in geloven en als bestuurders het goede voorbeeld geven, dan krijgen we het voor elkaar! ☺

DE GLAZEN BOL

Hoe ziet de toekomst van de huisartsenzorg in Nederland eruit? Het is momenteel een glas dat half vol en half leeg is.

Huisartsenzorg als fundament
Eerst het goede nieuws. Huisartsenzorg is nog steeds het fundament van het zorgbestel. Op zich terecht, want huisartsen leveren veel voor weinig. Het grootste deel van de zorgvragen wordt door huisartsen afgehandeld en in het totale zorgbudget zijn huisartsen niet duur.

“Het geloof in de kracht van een sterke eerste lijn is groot en de huisarts vervult hierin een centrale rol. Maar geloof alleen gaat het niet redden.”



A full-page photograph of a man standing outdoors. He is bald with a short beard, wearing a dark blue blazer over a light blue button-down shirt, blue jeans, and brown shoes. He has his hands in his pockets and is smiling slightly. The background shows a building with arched windows and some greenery.

*“Er ligt een grote
uitdaging én kans
voor huisartsen om
de Nederlandse
zorg mede overeind
te houden.”*

Guy Schulpen

De LHV bepleit terecht dat de duurzame relatie tussen patiënt en huisarts leidt tot doelmatige zorg, wat de kwaliteit van leven van de patiënt bevordert. Ook internationaal is de Nederlandse huisartsenzorg erkend als kwalitatief hoogwaardig. Het is niet niets dat in het Integraal Zorgakkoord veelvuldig de verbinding tussen huisartsenzorg en andere domeinen wordt benoemd.

Kikkers in een kruiwagen

Huisartsen zijn tegelijk moeilijk te “vangen” als groep. Ze zijn autonoom in hun eigen praktijk, en daarmee zijn er weinig sturingsmechanismen op huisartsen. Er wordt vaak gesproken over een versplinterde groep, of kikkers in een kruiwagen. Maar, is dat zo erg?

De huisarts die in die eigen praktijk, een beetje los van sturing, wél effectieve en goede zorg levert voor de aan de praktijk verbonden patiënten, is van onmiskenbare meerwaarde voor de maatschappij. Dus laat die huisarts misschien ook maar lekker met rust.

Aan verandering onderhevig

Deze moeilijk aanstuurbare groep, kon zo effectief functioneren omdat er een dekkend systeem was. Immers, iedere Nederlander was ingeschreven bij een eigen huisarts en kon daar vrij laagdrempelig terecht. Die situatie is echter snel aan het veranderen. De grootste verandering is dat de vanzelfsprekendheid van de huisarts aan het afbrokkelen is. We zien steeds vaker dat praktijken moeite hebben met het invullen van de zorg. Dat praktijken lastig een praktijkopvolger vinden, of daar zelfs niet in slagen. Er is een groeiende groep huisartsen die de komende jaren met pensioen gaat. Steeds vaker constateren we dat patiënten niet meer terecht kunnen bij een huisartsenpraktijk. Wat is er aan de hand?

ZZP'er versus ondernemer

Daar is niet één antwoord op te geven. Het gaat onder andere over verschillen tussen generaties. Waar het vanzelfsprekend was dat je als huisarts je carrière start met het overnemen van een praktijk, is dat niet meer zo. Als huisarts was je veroordeeld om je vak uit te oefenen door ook MKB-er te worden. En we kunnen constateren dat er momenteel bijzonder weinig animo is om, naast het inhoudelijke vak, óók als ondernemer aan de slag te gaan. De relatieve schaarste van huisartsen en de vlucht die het ZZP-schap heeft genomen, maakt dat de verdienste als jonge huisarts ZZP'er bijzonder lonend zijn. Dus waarom zou je al die extra verantwoordelijkheden nemen als praktijkeigenaar, als je ook een goede verdienste hebt met alleen zorgverlening?

Het signaal van de overbelaste huisarts

We hebben in Nederland rekenkundig eigenlijk genoeg huisartsen, maar de deeltijdfactor maakt dat er toch een relatief tekort is ontstaan. Het gevolg van deze ontwikkeling is dat er praktijken niet worden opgevolgd en patiënten in de kou komen te staan. Bovendien geven huisartsen aan zich overbelast te voelen. Een signaal dat veel wordt afgegeven en wat de jonge generatie niet aanmoedigt om huisarts te worden. Dit geeft tevens weinig vertrouwen dat huisartsen in Nederland de energie hebben om mee te doen in de noodzakelijke ontwikkelingen die het IZA voorstelt.

Leren van andere systemen?

We hebben in Nederland prima huisartsenzorg, het is het fundament van ons bestel. Maar het is ook een moeilijk stuurbare groep professionals, waardoor het fundament kraakt. Wij hebben in ons bestel een groot probleem als patiënten niet meer bij een huisarts terecht kunnen en als huisartsen niet de energie hebben om mee te doen. Wellicht kunnen internationale voorbeelden ons verder helpen. Is het loskoppelen van de ANW zorg, zoals bij de NHS, een oplossing? Is schaalvergroting van de huisartsenpraktijk zoals we zien in Catalonië en bij de NHS, een richting die we op kunnen? Is het anders organiseren of managen van de praktijk zoals in Zweden, een optie die bijdraagt? Eén ding is zeker, een oplossing komt niet vanzelf. Er komt nu eenmaal meer zorgvraag, er gaan meer huisartsen met pensioen en we hebben een (toenemend) gebrek aan personeel.

Écht anders

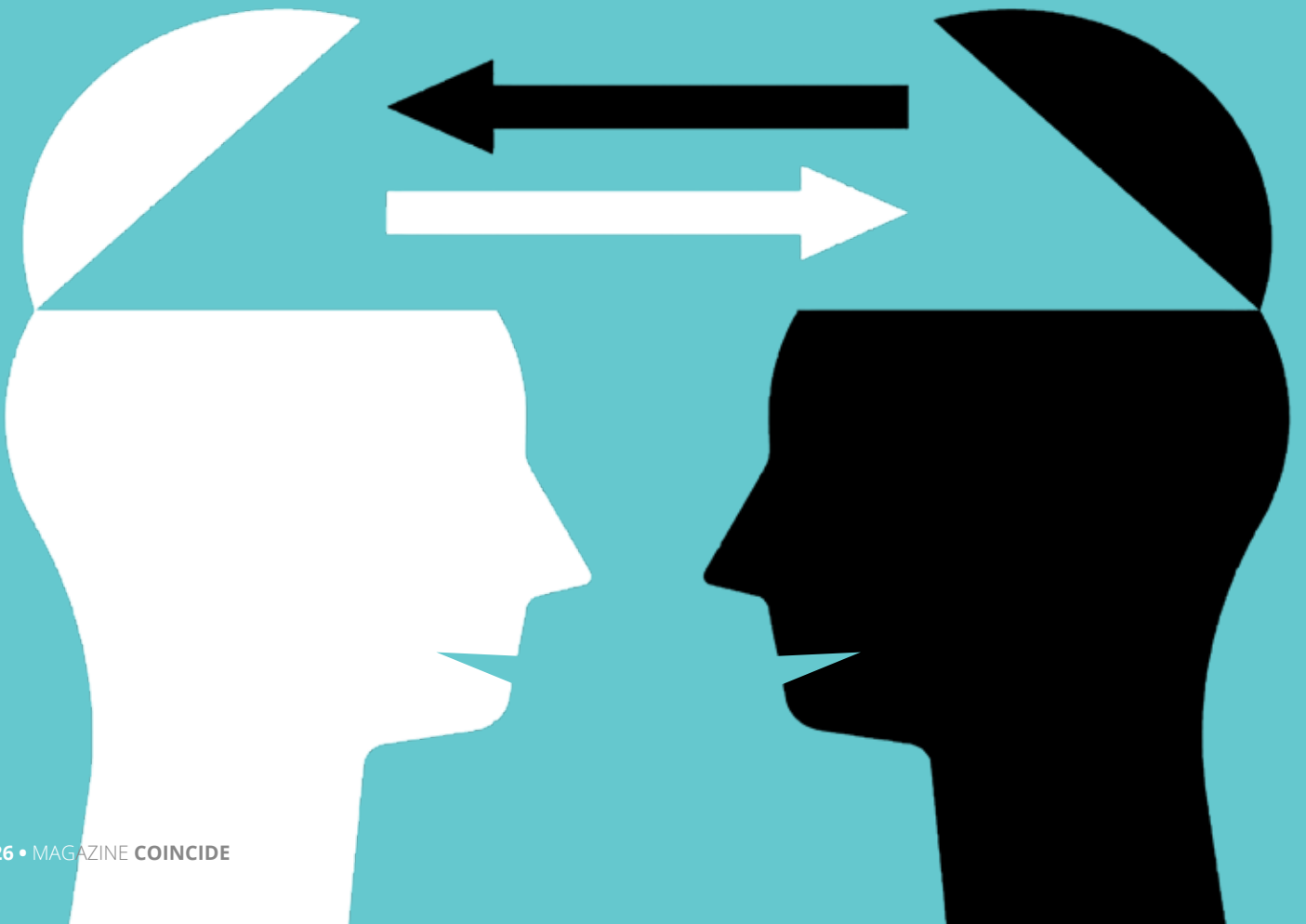
Als huisartsen nu in beweging komen, kunnen we het tij wellicht nog keren. Maar dan moet er voortvarend gehandeld worden. Aangezien je het niet alleen kan oplossen, moet er meer mandaat worden gegeven om als groep tot oplossingen te komen. Er moeten heilige huisjes bediscussieerd kunnen worden. Je afzetten tegen of het weren van innovaties, veranderingen of alternatieven is dan niet meer acceptabel. Het geloof in de kracht van een sterke eerste lijn is groot en de huisarts vervult hierin een centrale rol. Maar geloof alleen gaat het niet redden. Er ligt een grote uitdaging én kans voor huisartsen om de Nederlandse zorg mede overeind te houden. Dat is het wenkende perspectief. Dan moet het echter wel écht anders gaan dan we gewend zijn en die uitdaging moeten de huisartsen oppakken. ○

Jan Kremer

hoogleraar zorg & samenleving en speciaal gezant passende zorg

EEN TWEEGESPREK OVER PASSENDE ZORG

‘Beste Jan, ik ben op zoek naar een overzicht over de omvang van niet-passende zorg in Nederland, misschien kun jij mij helpen?’ Deze vraag stelde een chirurg me via LinkedIn. Bij mijn rondreizen door het land krijg ik vaker dit soort vragen. In eerste instantie probeerde ik me er nog met een Jantje-van-Leiden van af te maken: ‘Dat weet ik niet precies, maar misschien kan Sjoerd Repping je verder helpen.



Hij is dé expert op het gebied van wetenschappelijke onderbouwing van medische interventies.' Ook verwees ik nog naar de publicaties van de grote Stanford epidemioloog John Ioannidis, die ooit schreef dat er voor meer dan de helft van medische interventies geen evidence is. Maar mijn collega doorzag mijn truc en bleef aandringen. Ik probeerde het nog een keer en verwees hem naar intensivist Bernard Fikkers. Bernard doet mooie dingen op het gebied van passende zorg en heeft vorig jaar binnen zijn wetenschappelijke vereniging een werkgroep passende zorg opgericht. Al snel zag ik zijn antwoord op mijn laptop binnenkomen: 'Bernard ken ik niet, mijn vraag is aan jou als speciaal gezant passende zorg gericht, Jan.' Het was duidelijk, ik moest aan de bak.

Vele tinten grijs

Aanvankelijk bekwam mij de gedachte dat de vragensteller wel eens iemand zou kunnen zijn die wat al te zwart/wit denkt. Ik typte docerend: 'De grens tussen passend en niet-passend is niet zo scherp, er zijn vele tinten grijs, zeker bij een complex concept als passende zorg'. Dat snapte de collega ook, maar hij wilde toch meer duidelijkheid. Ondertussen vroeg ik hem waarom hij schreef over niet-passende zorg en niet over passende zorg. Hij ervaaarde de druk om passende zorg te leveren als een verwijt, antwoordde hij. Alsof hij nu vooral niet-passende zorg zou leveren. 'En dat terwijl wij in Nederland vanuit internationaal perspectief al heel terughoudend zijn met bijvoorbeeld operaties. We zijn al ruimdenkend met het staken van behandeling bij een uitzichtloze situatie. Hoe groot is het probleem eigenlijk? Is die hele beweging van jou wel nodig?'

Passende zorg is niet vrijblijvend

'Natuurlijk is die beweging van passende zorg nodig', antwoordde ik. 'We staan dit decennium voor de grote opgave om de zorg op een mensgerichte manier houdbaar en duurzaam te maken. De urgentie is groot, zeker door de toenemende schaarste aan personeel. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) berekende bijvoorbeeld dat het aantal nieuwe kankerdiagnoses in 2031 anderhalf keer hoger is dan nu, terwijl we weten dat het aantal zorgverleners niet zal toenemen. Als we niet aan de slag gaan met passende zorg en anders gaan werken, maken we straks de belofte niet meer waar om voor iedereen die dat nodig heeft te zorgen. Passende zorg is niet vrijblijvend.' 'Daar zit wel wat in', antwoordde mijn collega, 'en als ik je goed begrijp, doen we nu dus te veel'.

"Zorg dat je als bestuurder de juiste competenties om je heen verzamelt en bestuur de eigen organisatie vanuit het maatschappelijke belang."

*“We zijn als de
dood voor
de dood.”*

Jan Kremer

Passend of niet-passend niet eenduidig

'Misschien wel voor de tijd waarin we nu leven,' antwoordde ik. 'Ik vergelijk de hoeveelheid zorg soms met een thermostaat die we met elkaar afstellen op basis van een mix van professionele, persoonlijke en maatschappelijke waarden. Professionele waarden gaan over wat zorgverleners wel of geen goede zorg vinden. Persoonlijke waarden gaan over wat patiënten zelf belangrijk vinden voor hun leven. Maatschappelijke waarden gaan over wat wij als samenleving belangrijk vinden: hoeveel geld en menskracht zetten we in voor zorg en hoe solidair willen we voor elkaar zijn? Daarbij zijn ook culturele aspecten belangrijk. Denk aan de manier hoe we omgaan met de onvermijdelijke tragiek van het leven. Nu strijden we vooral tegen die tragiek. 'We zijn als de dood voor de dood' zei Dappere Dokter Bart Meijman onlangs op de Passende Zorg Dialoog. De verschillende waarden wijzen overigens niet altijd in dezelfde richting. Er ontstaan vaak dilemma's, en daarbij is passend of niet-passend niet

eenduidig. Het komt dan in de praktijk neer op zorgvuldig afwegen van professionele, persoonlijke en maatschappelijke waarden. En die afwegingen kunnen in het verloop van tijd anders uitpakken. Als de personeelsschaarste toeneemt, zullen maatschappelijke overwegingen belangrijker worden.'

Keuzes maken

'Ik moet dus meer wikken en wegen' vatte mijn collega samen. 'En keuzes maken' vulde ik aan. 'Maar hoe doe ik dat dan? Kunnen we daar geen landelijke blauwdruk voor maken?' Ik antwoordde dat dit kan helpen, maar dat keuzes over wat wel of niet passend is toch vooral in de dagelijkse praktijk gemaakt moeten worden. 'Alle oplossingen landelijk bepalen is snijden met een bot mes. Het doet onrecht aan de verschillen tussen mensen en de context waarin ze leven. 'Zonder context geen bewijs' schreef de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving ooit.' 'Ik ga dat advies nog eens lezen. En dank voor deze overwegingen, ik ga hier nog eens goed over nadenken.'

"Maatschappelijke waarden gaan over wat wij als samenleving belangrijk vinden: hoeveel geld en menskracht zetten we in voor zorg en hoe solidair willen we voor elkaar zijn?"

Robin Peeters

voorzitter Nederlandse Internisten Vereniging

HYPERSPECIALISATIE IN DE ZORG: DE NOODZAAK VAN GENERALISTEN

Ziektes waar je vroeger aan kwam te overlijden zoals kanker of HIV zijn nu vaak chronische aandoeningen geworden. Mede hierdoor wordt de bevolking steeds ouder, met grote gevolgen voor de zorgvraag in Nederland. Er zijn op dit moment ruim 3,3 miljoen mensen in Nederland met drie of meer chronische aandoeningen tegelijk en dat aantal zal de komende jaren nog verder toenemen. Als we kijken naar de oncologie, zal rond 2023 ongeveer 43% van alle nieuwe kankerdiagnosen gesteld worden bij patiënten die ouder zijn dan 75 jaar. Dat zijn meer dan 67.000 nieuwe diagnoses bij patiënten ouder dan 75 jaar, waarvan 70% drie of meer bijkomende ziektes heeft.

Behoeftte aan generalisten
Om te voorkomen dat al die mensen straks bij drie of meer medisch specialisten lopen, moeten we af van de steeds verder gaande fragmentatie in de zorg. Er is een enorme behoefte aan generalisten, artsen die een patiënt kunnen behandelen voor meerdere chronische aandoeningen tegelijk. Toch zie je in de zorg juist een steeds verdergaande hyperspecialisatie ontstaan, die het tegengestelde bereikt. Hoewel hyperspecialisatie voor bepaalde hoog complexe, technisch uitdagende of zeldzame aandoeningen meerwaarde heeft, is voor het grootste deel van de zorg deze meerwaarde niet aangetoond. Wel is er een groot nadeel. De patiënt heeft alsmaar meer dokters nodig voor de behandeling van

zijn of haar ziektes. Een situatie die op termijn niet houdbaar is; niet wat betreft kosten, noch mankracht. Daarnaast bestaat het gevaar dat de patiënt tussen wal en schip belandt door het ontbreken van overzicht, wat kan leiden tot slechtere zorg en zeker leidt tot verlies van efficiëntie.

Hoe kunnen we de hyperspecialisatie keren?

Waar komt deze neiging tot hyperspecialisatie vandaan? En hoe kunnen we dit keren? Als internist behoor ik tot de breedst opgeleide medisch specialisten, waarbij vrijwel alle internisten voor hun vak kiezen vanuit een behoefte om de verantwoordelijkheid te nemen voor de 'hele' patiënt. Toch zien ook wij dat het in de praktijk steeds moeilijker wordt om die rol te pakken. En daar liggen

verschillende oorzaken aan ten grondslag.

Bij de organisatie van zorg wordt vrijwel altijd gedacht in ziektebeelden en zo efficiënt mogelijk ingerichte zorgpaden. Dat zie je nu ook bij de discussie over concentratie van zorg. Dat een groot deel van de patiënten vaak meerdere ziektes tegelijk heeft, wordt gemakshalve genegeerd. Daar komt nog bij dat de meeste patiënten niet naar het ziekenhuis komen met een kant en klare diagnose, maar met een klacht. Zij willen een oplossing voor hun klacht, ook als die niet in het zorgpad valt. Het steeds verder denken in efficiëntie, heeft het systeem, paradoxaal genoeg, zeer inefficiënt gemaakt. Als de dokter geen tijd of ruimte heeft voor de 'hele' patiënt, wordt de patiënt voor zijn

“Het is tijd om de generalist op het podium te hijsen en in staat te stellen om die rol als regievoerder van de patiënt te vervullen.”

Robin Peeters

andere klacht doorverwezen naar een andere specialist. En zo is er een situatie ontstaan waarbij 70% van de patiënten met meer dan één chronische ziekte bij drie of meer specialisten onder controle is.

Waardering voor regievoering

Om dit te veranderen is meer aandacht en waardering voor regievoering nodig. In de eerste lijn heeft de huisarts van oudsher die rol van regiehouder. Door de toename van complexiteit van de behandelingen die in het ziekenhuis gegeven worden, waar vaak verschillende medisch specialisten bij betrokken zijn, ontstaat in het ziekenhuis een grote behoefte aan een vergelijkbare rol, met name voor de oudere, multi-morbide patiënt. Want hoe zou het zijn als we het zo kunnen organiseren dat patiënten bij niet meer dan één beschouwend medisch specialist onder behandeling zijn? De zorg zou zo veel efficiënter zijn. Met slimme thuismonitoringsprogramma's kan in de toekomst een steeds groter deel van de controles op afstand plaatsvinden. Als dat echter gefragmenteerd blijft tussen verschillende aandoeningen is de winst beperkt. Dat vraagt om een aanpassing in het huidige systeem, waarbij tijd en financiering beschikbaar komen om de zorg integraal te leveren. Door tijd en financiering voor regievoering beschikbaar te maken zijn dokters in staat om de regie over de 'hele' patiënt terug te pakken en zo de zorg voor multi-morbide patiënten beter te coördineren en goedkoper te maken. Die regietijd zal met name zitten in afstemming en overleg met collega's, waarbij de patiënt nog slechts een medisch specialist heeft als aanspreekpunt voor alle controles.

Laten we stoppen met het denken in aparte diagnoses en orgaansystemen— en ons focussen op de patiënt als geheel. Het is tijd om de generalist op het podium te hijsen en in staat te stellen om die rol als regievoerder van de patiënt te vervullen. ○

Marjo Vissers-Kuijpers

voorzitter raad van bestuur Coöperatie VGZ

DE MENS IS BELANGRIJKER DAN ZIJN ZIEKTE





Samenwerking tussen het medische en sociale domein is al langere tijd een hot topic. Recente akkoorden als het IZA, WOZO en GALA staan er vol mee. Ook bij Coöperatie VGZ zien we hoe domein overstijgende samenwerking de instroom in de zorg kan verminderen en bijdraagt aan het toekomstbestendig maken van de zorg.

Inzicht in de gehele patiënt

Een van de rode draden binnen die akkoorden is het vergroten van het inzicht in de patiënt. Zo stelt het Integraal Zorgakkoord: In 2025 beschikken alle inwoners die dat willen over een gebruiksvriendelijke en goed gevulde persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) die van meerwaarde is in het zorgproces en voor iedereen begrijpelijke informatie bevat. Een totaaloverzicht voor de patiënt én de behandelaar. Zo hebben we weer een beeld van de mens als geheel en niet alleen van het stukje ziekte wat je als behandelaar toevallig behandelt. In Spanje zijn ze wat betreft inzicht in de medische en sociale context; de mens als geheel, al veel verder.

Schaalgrootte

In Barcelona brachten we een bezoek aan een eerstelijnscentrum. Een opvallend verschil met thuis was de schaalgrootte. In Nederland werkt de huisarts in een zelfstandige praktijk of samen met andere huisartsen en andere disciplines in een gezondheidscentrum. Kleinschalig. Dat vinden we fijn. In Catalonië is dat anders, zo lijkt. Daar heeft elke patiënt zijn eigen huisarts plus zijn eigen verpleegkundige. Zo organiseren zij de kleinschaligheid. Deze zorgverleners opereren echter vanuit één groot gezondheidscentrum. Elke patiënt kent zijn eigen persoonlijke duo zorgverleners bij naam en voor kinderen is er zelfs een gespecialiseerd duo. In het zorgcentrum Casteldefells werken zo'n 100 mensen samen: huisartsen, wijkverpleegkundigen, kinderartsen, tandartsen, sociaal werkers, diëtisten, psychologen en psychiaters. Samen regelen ze de hele eerstelijnszorg. Ook buiten kantooruren en bij eenvoudige spoed.

Persoonlijk en patiëntvriendelijk

De zorg is patiëntvriendelijk en wordt ook zo gewaardeerd. Patiënten willen als het enigszins kan in die eerste lijn blijven. Ook een manier om instroom in de tweede lijn te voorkomen

en zorg zo dichtbij mogelijk te houden. Oudere patiënten bijvoorbeeld, die 's avonds in een acute situatie terecht kwamen, wilden niet naar de SEH van het ziekenhuis. Want de SEH is veel onpersoonlijker, daar moet je langer wachten en is de patiëntgerichtheid anders.

Samenwerken voor de patiënt en met gegevens

In Casteldefells lieten ze zien hoe de samenwerking georganiseerd was. Door korte lijntjes konden ze snel met elkaar schakelen en via de social workers was er eveneens inzicht in de sociale achtergrond van mensen. Juist hiervoor is er een uitwisseling van informatie tussen gemeente en eerstelijnscentrum mogelijk. In Nederland zou dat door onze interpretatie van de privacy wetgeving niet toegestaan zijn, maar in Spanje vinden ze dit heel normaal; slechts één procent van de inwoners geeft daar geen toestemming voor. Wij keken er jaloezers naar; wat zou er veel mogelijk zijn als al die informatie over de hele mens beschikbaar is op de plek van de behandeling. Hoe effectiever zou onze behandeling dan zijn? Hoeveel sneller zouden we leren wat een behandeling aan effect heeft? Op de mens en de ziekte. Medische en sociale problemen staan niet los van elkaar, maar ook de ene ziekte staat niet los van de andere. Mensen zijn meer dan hun ziekte en dat is maar goed ook.

De kracht van samen

Gegevensuitwisseling blijkt in Nederland een moeilijke te kraken noot. Juridisch én organisatorisch. Iedere instelling heeft zijn eigen werkwijze en dat maakt verandering lastig. Toch ben ik hoopvol dat het de komende jaren zal lukken. In het IZA staat het belang van een goede gegevensuitwisseling uitvoerig beschreven. Ons rest de noeste arbeid om samen de relevante gegevensuitwisseling op te bouwen. Met de voeten in de spreekwoordelijke klei, vanuit de echt relevante doelstellingen. Dat is de kracht van samen. Het kan, dus laten we de mouwen opstropen en aan de slag gaan. 

“Gegevensuitwisseling blijkt in Nederland een moeilijk te kraken noot. Juridisch én organisatorisch. Ons rest de noeste arbeid om dit samen op te bouwen.”

Jeroen van den Oever

directievoorzitter Fundis

GEÏNTEGREERDE ZORG IN DE REGIO; KLAAR VOOR DE VOLGENDE STAP!

In het IZA zitten twee grote “game-changers”: passende zorg en de samenwerking/sturing in de regio. Regionaal samenwerken stuit in Nederland vaak op ingewikkeldheden in de sfeer van de mededingingswetgeving en wordt tot dusver door met elkaar concurrerende landelijke zorgverzekeraars niet spontaan gefaciliteerd. Het is echter duidelijk dat we toch die kant op moeten. De groeiende schaarste aan zorgverleners en de nog sneller toenemende groep kwetsbare ouderen, waarvan de piek ons over 15 jaar bereikt, dwingen ons tot maatregelen. De toegankelijkheid van de zorg, die ons allen zo dierbaar is, staat op het spel.


Best practises

In andere landen zien we wat geïntegreerde zorg kan betekenen. Tijdens bezoeken hebben we daar al een paar keer goed aan kunnen ruiken. Nu is het tijd om er wat mee te doen. Gelukkig zijn er in Nederland voorlopers die de kansen zien om stappen tot integrale zorg te zetten, bijvoorbeeld op het gebied van acute zorg voor kwetsbare ouderen. Een mooi voorbeeld is de regio Maasvallei waar, onder anderen, Paulien Terwijn zich hard voor maakt. En zo zijn er in Nederland heel wat van dergelijke

initiatieven. Tegelijkertijd is iedereen zoekende. Wat zijn de mooie eerste stappen die je kunt zetten, hoe overkom je deelbelangen, wat is de noodzakelijke weg voor bekostiging, hoe betrek je burgers in de regio, hoe organiseer je governance op een wijze die bestendigheid en betrokkenheid van alle spelers in de regio waarborgt, et cetera?

Gemeenschappelijk format

We hebben de “use-cases” bij de hand en er is de motivatie om stappen te zetten. Bovendien is er de steun in de rug van een aan ons allen appellerend

IZA-plan met dito investeringsmiddelen. Daarom is het belangrijk dat we de koppen bij elkaar steken. Op het scheiden van de markt, nomen est omen, is inmiddels een werkgroep opgestaan om te onderzoeken of we een gemeenschappelijk format kunnen formuleren. Niet dwingend maar faciliterend. Want dat kan bijdragen aan het proces dat de verschillende regio's zullen moeten lopen. Ik zou de financiers; gemeenten en zorgverzekeraars, willen oproepen om mee te doen. Laten we samen de nieuwe wereld zoeken! 

“Gelukkig zijn er in Nederland voorlopers die de kansen zien om stappen tot integrale zorg te zetten.”



Jeroen van den Oever

Jan Willem Kuenen

co-founder & CEO Flexdokters

DE MUIS EN DE OLIFANT

“Wat stampen we lekker hè” zei de muis tegen de olifant. Zo gaat het in de bekende mop waarin ze samen over een brug lopen. Gevoelsmatig kan de muis niet veel bijdragen aan het stampen van de olifant. Toch is dat in de zorg wel het geval en naar mijn mening zelfs noodzakelijk. De olifant staat hierbij voor de grote zorgorganisaties zoals ziekenhuizen, verzekeraars en de overheid. De muis staat voor start-ups en vernieuwers die met innovatieve oplossingen komen en die andere manieren van werken aanreiken.



De noodzaak om het samen op te lossen

In veel sectoren zijn muizen in staat om zelf tot de olifanten van de toekomst uit te groeien. Denk maar aan veel van de grootste organisaties ter wereld zoals Google, Tesla, Amazon en Apple. De oude olifanten zijn door hen onder de voet gelopen en weggedrukt naar lagere posities, zoals de Encyclopædia Britannica en Ford, of helemaal verdwenen zoals V&D en Kodak.

In de zorg is dat echter niet de gewenste manier om te vernieuwen; het is veel beter voor iedereen als de bestaande

zorgorganisaties, de olifanten, de vernieuwingsslag maken door in samenwerking met de vernieuwers, de muizen, toe te werken naar nieuwe modellen om zorg te leveren. Dat kan zijn door bestaande zorg slimmer te leveren, bijvoorbeeld meer personeels-extensief in verband met de oplopende personeelstekorten, door betere keuzes te maken over de te leveren (passende) zorg of door mensen te helpen om pro-actief hun gezondheid te managen om zo reactieve zorg later te voorkomen. Juist deze vernieuwingen zijn zo noodzakelijk om de doelen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) te bereiken.

Wat hiervoor nodig is

Om dit te bewerkstelligen zijn acties van zowel de olifanten als de muizen nodig: allereerst moeten de gevestigde zorgorganisaties open staan om met de vernieuwers in contact te komen en actief na te denken over hoe ze gezamenlijk de zorg kunnen verbeteren. Dit klinkt als een open deur maar blijkt in de praktijk toch heel lastig te zijn. Dit komt onder andere omdat het moeilijk is voor zorgorganisaties om in de grote hoeveelheid vernieuwers, de partijen te selecteren die echt meerwaarde kunnen leveren. Daarnaast wordt het contact met de vernieuwers al snel gedelegeerd tot een operationeel/uitvoerend niveau binnen de grote gevestigde zorgorganisaties. Het blijkt vaak moeilijk, zo niet onmogelijk, om echte vernieuwingen op dat niveau door te voeren, omdat de betreffende innovaties zelden meteen goed ingepast kunnen worden in bestaande processen. De grootste innovaties vragen om nieuwe processen en betalen zich vaak niet direct uit. Ze vereisen ook goed denkwerk en een groot mandaat binnen de bestaande zorgorganisaties. Innovatie moet bij hen daarom echt serieus genomen worden en, zoals de Duitsers het noemen, 'Chefsache' zijn waar ook de raad van bestuur bij betrokken is.

Ten tweede moeten de vernieuwers zich richten op innovaties die een publiek doel dienen en niet alleen maar iets toevoegen aan de bestaande zorg waardoor deze weer duurder wordt. Deze veel voorkomende focus van vernieuwers in de zorg is overigens het logische gevolg van het ontbreken van ingangen en verdienmodellen voor hen, als ze de bestaande zorg helpen verbeteren en stroomlijnen zodat deze betaalbaar blijft. Het verdienmodel van extra diensten met extra betaaltitels is gewoon makkelijker. Maar juist als gevestigde zorgorganisaties actiever op zoek gaan naar samenwerking met vernieuwers en hen andere verdienmodellen aanreiken kan dit snel veranderen.

Lessen uit het buitenland

In Barcelona heb ik twee initiatieven gezien die actief deze verbinding tussen muis en olifant faciliteren. Allereerst de Barcelona Health Hub. Een incubator die start-ups verbindt met niet alleen investeerders maar ook met zorgverleners, zodat de start-ups bijvoorbeeld toegang hebben tot ziekenhuizen voor pilots, research en clinical trials. Het tweede voorbeeld is het Barcelona Ministry of Health dat Requests for Proposals uitzet in de private sector om publieke zorgproblemen op te lossen of zorgdoelen te bereiken. Winnende partijen kunnen aanbieders van bestaande oplossingen zijn, maar ook partijen die oplossingen specifiek voor hen ontwikkelen en bouwen. Een deel van zo'n deal kan zijn dat deze winnende private partijen op een goed gereguleerde manier toegang krijgen tot heel rijke publieke datasets om bijvoorbeeld algoritmen te trainen die optimaal functioneren. Op die manier worden

private oplossingen geleverd door 'muizen' gezocht voor publieke uitdagingen en ambities van de 'olifanten' van de zorg.

Onze opgave

Ook in Nederland is het zaak om actief te zoeken naar manieren hoe olifanten en muizen elkaar kunnen vinden, om zo samen de benodigde transitie van het IZA te bereiken. Dat vergt allereerst en bovenal een actieve houding van de verschillende olifanten in het zorgsysteem zoals zorgverleners, verzekeraars en de overheid. Zij kunnen zelf op zoek, of geholpen worden door partijen die de connectie met de muizen faciliteren, zoals incubators of venture capital partijen met een focus op zorgimpact. De muizen anderzijds moeten zich veel meer richten op de doelen zoals die gelden voor de zorg. Het IZA helpt hen om de richting aan te geven. Ook is er behoefte aan nieuwe 'verbinders' die een schakelfunctie vervullen tussen de bestaande zorgverleners en de vernieuwers. De not-for-profit organisatie Flexdokters doet dit bijvoorbeeld door huisartspraktijken ('kleine olifanten') te verbinden met start-ups en vernieuwers om zo de praktijkvoering en de zorg te verbeteren.

En als de olifanten en de muizen elkaar weten te vinden, dan kunnen ze echt een stuk harder stampen en de impact genereren die zo hard nodig is om de hoge ambities uit het IZA te realiseren. ○



Jan Willem Kuenen

Leon Kempeneers

managing director Philips Benelux

MEDISCHE TECHNOLOGIE- BEDRIJVEN

*MOETEN GELIJKWAARDIGE GESPREKSPARTNERS
WORDEN IN HET ZORGEOSYSTEEM.*

De grote uitdaging voor de Nederlandse zorg is het tekort aan personeel. Er zijn minder arbeidskrachten beschikbaar en tegelijk is er meer zorgcapaciteit nodig. Het is mijn overtuiging dat de medische technologiesector een enorme bijdrage kan leveren aan het oplossen van dit probleem.

Technologiesector als gesprekspartner

De medische technologiesector kan helpen bij het vinden van creatieve oplossingen, technologie ontwikkelen of verfijnen die nodig is in de zorg én helpen bij het implementeren van innovaties. Veel technologie die we nodig hebben voor de zorg is al ontwikkeld. De uitdaging zit vooral in de succesvolle en brede implementatie. Bovendien is het van belang dat de technologiesector een gelijkwaardige gesprekspartner wordt in het zorgstelsel om beter te kunnen helpen bij het oplossen van de uitdagingen. De sector wordt nu nog te vaak als

uitvoerder van beleid gezien en niet als kennispartner. Als technologiebedrijven in een vroeg stadium betrokken worden in de beleidsvorming en daarmee een maatschappelijke verantwoordelijkheid krijgen, kan je hen ook aanspreken op deze verantwoordelijkheid.

Het arbeidsmarkt tekort kan verkleind worden met bestaande technologie

Gupta Strategists heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van technologie om het arbeidsmarkttekort te verkleinen. De aanname is dat er in 2031 98.000 te weinig zorgverleners zullen zijn voor de ziekenhuis-

en ouderenzorg. Volgens het onderzoek is het personeelstekort in de ziekenhuizen met 46.000 werknemers te verkleinen met behulp van bestaande technologie en in de ouderenzorg met 64.500 werknemers. Hierbij is meegenomen dat medische technologie zowel een preventief karakter kan hebben waarmee zorg wordt voorkomen en de productiviteit van zorgverleners kan verhogen door taken te verlichten of te automatiseren [1]. De implementatie van technologie vraagt echter om een geregisseerde aanpak waarbij ook de kennis van technologiebedrijven van belang is. Bedrijven zijn niet alleen betrokken bij de uitvoering, maar



kunnen ook helpen bij de ontwikkeling van de oplossing. De Spaanse regionale aanpak kan hierbij als denkrichting helpen, maar wel met de betrokkenheid van de medische technologiesector. Een voorbeeld om de uitdagingen in het huidige stelsel te demonstreren is de toepassing van draagbare sensoren.

Implementatie van nieuwe innovaties is gebaat bij meer regie

Met draagbare sensoren is het mogelijk om zorg te verplaatsen van het ziekenhuis naar een andere plek. Zo kan de inzet van deze sensoren

kosten besparen, maar ook helpen om personeel efficiënter in te zetten door zorg naar een lager zorgzwaart niveau te brengen, of patiënten eerder naar huis te laten gaan. Kunnen we deze innovatie eenvoudigweg op grote schaal implementeren? We verschuiven namelijk de zorg vanuit het ziekenhuis naar een andere plek. Hierdoor komt mogelijk meer zorg terecht bij beroepsgroepen en organisaties die al onder enorme druk staan, zoals huisartsen, thuiszorg en ouderenzorg. Met monitoring op afstand kunnen we kosten besparen, maar als we alles bij

het oude laten, verschuiven we mogelijk het arbeidsmarktprobleem. Het toepassen van technologie, zoals sensoren, vraagt ook om een nieuwe inrichting van het zorglandschap. Verschuiven zonder verandering, leidt tot verschraling. Bovendien zijn er uitdagingen op het gebied van bekostiging. We moeten daarom met alle partijen in de zorg samen kijken hoe we dit realiseren.

Samen innoveren

In Nederland hebben we een gedecentraliseerd stelsel. Zoals mijn voorbeeld laat zien, kunnen we zorg



“Bedrijven zijn niet alleen betrokken bij de uitvoering, maar kunnen ook helpen bij de ontwikkeling van de oplossing.”

Leon Kempeneers



“Het toepassen van technologie, zoals sensoren, vraagt ook om een nieuwe inrichting van het zorglandschap. Verschuiven zonder verandering, leidt tot verschraling.”

buiten het ziekenhuis verplaatsen, maar nu zijn het de individuele ziekenhuizen die hier de leiding in nemen en vooroplopen. We denken binnen het systeem beperkt samen na over waar patiënten geholpen zouden moeten worden, hoe we samen zorgprocessen veranderen en welke innovaties we toepassen. Het Integraal Zorgakkoord is wat mij betreft hiertoe een eerste aanzet.

Mijn oproep is om medische technologiebedrijven onderdeel te maken van de oplossing en het gesprek. Een nieuwe aanpak moet namelijk niet leiden tot een veelvoud van oplossingen en technologiebehoeftes, maar gebaseerd zijn op internationale schaalbare technologie, aangeboden in een ecosysteem. Als bedrijven vanaf het begin meepraten kan er gezocht worden naar de juiste en bestaande technologie, en kunnen we effectiever innoveren. In een complexe sector als de zorg zijn naast technologie ook de expertise en kennis van leveranciers van enorm belang.

Registratielast verminderen en zorg voorkomen met betere patiënten monitoring

Graag illustreer ik hoe technologie kan bijdragen aan het verlichten en

voorkomen van zorg. Samen met het Bravis Ziekenhuis hebben we gewerkt aan continue monitoring op verpleegafdelingen. Via onze software en een koppeling met het EPD van ChipSoft zorgen we ervoor dat de monitoringsgegevens automatisch in het EPD terecht komen. Het ziekenhuis heeft berekend dat de registratielast daalt met drie minuten per patiënt. Voor de afdeling komt dit neer op een werklastreductie van ongeveer 0,7 FTE [2].

Met dezelfde oplossing kunnen we ook zorg voorkomen. Door continue monitoring te ondersteunen met algoritmes kunnen we een early-warning score voor een patiënt vaststellen. Op basis van deze score kunnen verpleegkundigen eerder ingrijpen als de situatie van de patiënt verslechtert. Het resultaat bij Bravis is dat het aantal onverwachte ic-opnames bij patiënten met een grote buikoperatie met 8 procent afnam. Dit is een kleine winst op één afdeling, maar op grote schaal kunnen we veel meer impact maken [2].

Open uitnodiging

Dit is niet het enige voorbeeld, zo werken we samen met het LUMC om te kijken of we MRI-scanners op afstand kunnen bedienen door

middel van ons Radiology Operations Command Center. Samen met het OLVG, Ksyos en Luscii hebben we gewerkt aan de ontwikkeling van een oplossing voor de wachtlijstproblematiek. En zo hebben we veel meer voorbeelden van projecten, ook van andere bedrijven dan Philips.

Laten we samen kijken wat er nog meer mogelijk is met technologie. Ik herhaal dan ook mijn oproep; maak de medische technologiesector een gelijkwaardige gesprekspartner in de zorg. Ik ben er zeker van dat we samen heel ver kunnen komen om het niveau van de zorg en de toegankelijkheid in stand te houden, en zelfs te verbeteren. o

[1] Gupta Strategists (2022), Uitweg uit de schaarste, Over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg, <https://gupta-strategists.nl/storage/files/220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf>

[2] Zorgvisie (2022), 'Met Connected Care kunnen patiënten eerder naar huis' <https://www.zorgvisie.nl/met-connected-care-kunnen-patienten-eerder-naar-huis/>; [Researchdata on file]

Bert van der Hoek

voorzitter raad van bestuur Trimbos-instituut

VAN ZORG NAAR GEZONDHEID NAAR MAATSCHAPPELIJK MEEDOEN

De gezondheidszorg is een enorm groot systeem met een grote verscheidenheid aan deelsystemen. Deze onderdelen kennen vele onderlinge afhankelijkheden en samenhang. Bestuurders zijn zich dit echter lang niet altijd bewust.



In de praktijk blijken de verschillende onderdelen van de zorg vaak wezenlijk verschillende werelden te zijn, waarin mensen elkaar nauwelijks verstaan en begrijpen. Om die werelden te overbruggen is het van belang dat bestuurders elkaar ontmoeten en leren kennen. Dan pas ontstaat er zicht op de onderlinge samenhang. Afgelopen jaren is er steeds meer besef gekomen van die samenhang en is de samenwerking tussen de verschillende onderdelen gegroeid.

Afhankelijkheden tussen domeinen

Ook tussen de zorg en het sociaal domein is sprake van afhankelijkheden. Dat geldt voor de ouderenzorg, denk aan het onnodig in het ziekenhuis verblijven omdat er geen bed is in een verpleeghuis en terug naar huis nog niet kan omdat iemand onvoldoende sociaal netwerk heeft om het zelfstandig thuis te redden. Het geldt zeker ook voor de ggz. Een substantieel deel van de vraag naar ggz heeft een oorzaak in de samenleving. En de door- en uitstroom uit de ggz kan fors verbeterd worden wanneer er meer samenwerking is met het sociaal domein. Gelukkig ontstaat er steeds meer besef van die samenhang en zijn er steeds meer praktijkvoorbeelden van goede samenwerking.

Verbreding naar Public Health

Naar de toekomst wens ik ons een verdere verbreding naar de wereld van Public Health. Een heel wezenlijk onderdeel van ons gezondheidssysteem wat helaas nog ver af staat van de curatieve zorg. Waarom wens ik ons die verbreding toe?

Eerste rede voor verbreding

Allereerst omdat het van belang is dat zorgprofessionals zich bewust zijn, dat zij werken als schakel in een groter gezondheidssysteem. Of anders geformuleerd, de zorg is slechts een onderdeel van het gezondheidssysteem. De zorg zit aan de achterkant, daar waar gezondheidspro-

blemen opgepakt worden en geprobeerd wordt ze op te lossen. Waarom is dat bewustzijn van belang? Zorgprofessionals die gezondheidsproblemen moeten oplossen, weten vaak waar die problemen door worden veroorzaakt. Idealiter zouden ze die kennis delen en doorgeven aan onderdelen van het gezondheidssysteem, waar wordt geprobeerd gezond leven te promoten en problemen te voorkomen. Maar het geldt ook andersom. Het is van groot belang dat er meer kennis van gezondheids promotie en -preventie in de curatieve sector komt. Denk bijvoorbeeld aan stoppen met roken. In onze geïndividualiseerde samenleving zijn artsen een van de weinig beroepsgroepen waar nog sprake is van gezag en autoriteit. In de spreekkamer navraag doen of iemand rookt en daarover het gesprek aangaan is een hele krachtige en effectieve interventie in het licht van stoppen met roken. Het lijkt me overigens op lange termijn ook veel bevredigender voor zorgprofessionals. In plaats van steeds maar weer deels vermijdbare gezondheidsproblemen op te lossen, kunnen ze helpen voorkomen dat de klachten en ziekten ontstaan. Vooral voor de chronische ziekten zou een 'voorwaartse integratie van kennis' veel maatschappelijke waarde hebben en veel ellende kunnen voorkomen.

Tweede rede voor verbreding

Een tweede reden is dat gezondheid sterk geïndividualiseerd is. De oorzaak van klachten en ziekten wordt vaak herleid tot het individu. Iemand die obees is eet te veel en beweegt te weinig. Iemand met een burnout heeft te lang en te hard gewerkt. Terwijl we uit onderzoek weten dat de invloed van de omgeving veel groter is dan de invloed van het individu. In een omgeving waarin fastfoodketens op iedere hoek van de straat te vinden zijn, komt het wel heel erg aan op weerbaarheid en discipline om weerstand te bieden. Maar denk ook aan de gezinssituatie. Als er sprake is van armoede is het dominante levensthema niet gezond leven maar zorgen dat je de maand weer doorkomt, ofwel iedere maand weer zien te overleven.

“De potentieel helende kracht van de omgeving wordt benut in de behandeling en zo kunnen ook de risico's van gezondheidsschade door de omgeving worden beperkt.”

“Naar de toekomst wens ik ons een verdere verbreding naar de wereld van Public Health.”

Oog voor de omgeving


De curatieve gezondheidszorg die nu sterk op het individu gericht is, kan veel meer oog hebben voor de omgeving waarin klachten en ziekten ontstaan. De behandeling op individueel niveau is arbeidsintensief, immers het is een één-op-één situatie. Of een veel-op-één situatie in geval van een team van professionals. Met de schaarste aan professionals, een probleem wat de komende jaren alleen maar groter wordt, is dit niet de meest doelmatige vorm van zorg. In de ggz is steeds meer oog voor een systemische aanpak, zoals het betrekken van het gezin en naasten bij de behandeling. Daarmee wordt de potentieel helende kracht van de omgeving juist benut in de behandeling en kunnen ook de risico's van gezondheidsschade door de omgeving worden beperkt.

Water naar de zee

In een welvarend land als Nederland lijken we steeds meer in een patroon te raken waarin we in de samenleving problemen veroorzaken en laten ontstaan, die we laten escaleren tot ze onhoudbaar zijn en vervolgens aan de achterkant in de zorg door schaarse zorgprofessionals laten repareren op individueel niveau. Dat is water naar de zee dragen. Nu de toegang tot zorg steeds meer onder druk komt te staan door zowel personele krapte als door de alsmat stijgende kosten, moeten we dit patroon zien te doorbreken. Dat vraagt inzicht in en bewustwording van de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het gezondheidssysteem. Pas dan ontstaan er meer samenwerking, afstemming en vooral leren van elkaar.

Perspectief

Ik ben optimistisch dat dit komende jaren gaat gebeuren. Nu al zie ik mooie voorbeelden van deze samenhang. Zo hebben we in het Trimbos-instituut een cardioloog die ons helpt onze preventieve aanpakken voor stoppen met roken te versterken. Met name om artsen te mobiliseren om in de spreekkamer de rookvraag te stellen. Of de bekende artsen die in een Tiktok video een oproep doen te stoppen met roken. Of MDL-artsen die waarschuwen tegen overmatig alcoholgebruik. Maar ook onze samenwerking met de ggz op het gebied van mentale gezondheid.

De uitdaging gaat echter verder. Je kunt de jeugdgezondheidszorg niet los zien van het onderwijs. En maatschappelijk meedoen is niet los te zien van bestaanszekerheid. Het belang van een meer integrale benadering is groot. Het risico echter ook. Als we alles met alles verbinden komen we niet veel verder. Het is dus een kwestie van (be) stuurmanskunst om balans te houden, tussen verbreden en doorpakken. Dat vraagt elkaar te blijven ontmoeten en samen te leren om het morgen beter te doen. 



Bert van der Hoek

Sophia de Rooij voorzitter raad van bestuur Ziekenhuis Amstelland **Mark Kramer** lid raad van bestuur Amsterdam UMC **Sybren van der Zee** manager Cancer Center Amsterdam
Anja Berkhout programmamanager Ziekenhuis Amstelland

IT TAKES TWO TO TANGO

*ZORGHERSCHIKKING BRENGT DE JUISTE ZORG
OP DE JUISTE PLAATS*

Samenwerken is hard werken. De grootste uitdaging van iedere vorm van samenwerken is dat je complementair aan elkaar wilt en kunt zijn. Dat je de ander ook echt iets te bieden hebt en dat er ruimte is om dat te benoemen. Maar ook dat je aangeeft wat je lastig vindt, waar je zorgen zitten op gebied van macht, belang en identiteit. Kun je een stukje autonomie opgeven omdat je erop kan vertrouwen dat die samenwerking iets moois gaat opleveren? En kun je die stappen 'thuis' ook weer uitleggen? Kortom, wil je samen de Tango leren dansen? Ons samenwerkingsverband Zorgherschikking laat zien dat het kan.





Embraza (de omhelzing)

In 2018 verkeerde Ziekenhuis Amstelland in zwaar weer. Om afglijden te voorkomen wilden we voortbouwen op de jarenlange vertrouwde traditie van samenwerken tussen het Amsterdam UMC locatie VUmc en Ziekenhuis Amstelland. Zorgverzekeraars, banken, raden van bestuur van beide ziekenhuizen en de medische staf sloegen de handen ineen en na een grondige analyse van feiten, kansen en risico's werd een gezamenlijk reddingsplan gesmeed. In onze Embraza stelden we ons op voor de dans. Een deel van het reddingsplan is het project Zorgherschikking om een grotere brug van reeds bestaande samenwerkingsafspraken echt te realiseren en uit te breiden. De Zorgherschikking heeft als doel om tweedelijnsbasiszorg vanuit het Amsterdam UMC over te brengen naar het regionale ziekenhuis Amstelland of om de nazorg van op zichzelf complexe ingrepen zoals een TAVI-procedure dichterbij de patiënt zelf te brengen. Hiermee is zorgherschikking een vertaling van het, in dezelfde tijd, gelanceerde concept de "Juiste Zorg op de Juiste Plek" met als doel zorg te verplaatsen waar nodig en zorg te vervangen waar mogelijk.

De danshouding

De inhoud van de zorgherschikkingstrajecten kwam primair tot stand vanuit de medische as. Na een toets aan de hand van een aantal randvoorwaarden werd vervolgens aan beide zijden van de brug begonnen met het opstellen van specifieke procedures van diverse thema's (van patiëntperspectief tot en met financieel perspectief). Om tot de "herschikking" te komen moest er een complexe route worden afgelegd, zoals de uitwerkingsovereenkomst met de zakelijke afspraken tussen ziekenhuizen en de afzonderlijke financiële afspraken met de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Deze route vraagt een aanzienlijke tijd en aandacht van alle stakeholders.

Het proces naar een samenwerkingsvorm duurt lang, maar de noodzaak en het draagvlak voor het in stand houden van Ziekenhuis Amstelland maakte dat het tempo en de mate van toewijding hoog bleven. De zorgvuldige inrichting van alle stappen, en de condities waaronder de diverse zorgherschikkingstrajecten en ook de afspraken omtrent evaluatie werden vormgegeven, werden vastgelegd in een reeks samenhangende documenten. Een overkoepelende samenwerkingsovereenkomst tussen alle stakeholders, een raamovereenkomst tussen de ziekenhuizen en een maandelijks bestuurlijk overleg tussen de stakeholders waren drie jaar lang de pijlers van deze zorgbrug. Trajecten naast de genoemde TAVI zijn er nu voor CVA-patiënten, voor patiënten van de Spoedeisende Hulp, kindergeneeskunde patiënten, Ouderengeneeskunde en hartfalen. Een aantal nieuwe trajecten voor de pijngeneeskunde en de

Criteria zorgherschikkinginitiatieven

- Keuzevrijheid voor de patiënt is gewaarborgd (i.r.t. mededinging).
- Patiënten zijn afkomstig uit regio Amsterdam Zuid/ Amstelland.
- Kwaliteit van zorg blijft gelijk en/of verbeterd.
- Betrokkenheid/ steun van patiëntverenigingen

Type zorg

- Het betreft tweedelijns zorg.
- Zorg geleverd door specialismen die bij Ziekenhuis Amstelland beschikbaar zijn.
- Voldoen aan inkoopcriteria/volumenormen.
- Initiatief heeft relatie met versterking van tertiair profiel Amsterdam UMC.
- Betreft specialismen met capaciteitskrapte in Amsterdam UMC.

Zorgverzekeraars

- Passend in beleid / regiobeeld van Zorg & Zekerheid en Zilveren Kruis.
- Inkoopcriteria verzekeraars.

Samenwerking

- Bestaande samenwerkingsrelatie tussen beide ziekenhuizen.
- Eigen initiatief van specialisten ("We willen graag...").
- Het betreft een meerjarige/ structurele samenwerking.
- Rekening houdend met impact op bestaande afspraken/ samenwerkingsvormen.

Uitwerkingscriteria

- Congruentie zorgverzekeraars. Initiatief wordt door substantieel deel van zorgverzekeraars gesteund.
- Rekening houdend met beschikbare capaciteit Ziekenhuis Amstelland.
- Geen substantiële belasting van OK Ziekenhuis Amstelland (is reeds vol).
- Bedden.
- Poliruimte.
- Rekening houdend met beschikbare capaciteit Amsterdam UMC.
- Rekening houdend met beschikbare capaciteit in de keten (bijv. VVT/ revalidatie/GGZ).
- Betrokkenheid/ steun van huisartsen.
- Inanciële business case / overeenkomst met zorgverzekeraars.

Tabel 1. Criteria voor initiatieven en uitwerking zorgherschikkingstraject

MDL worden momenteel voorbereid voor realisatie in de komende jaren. Deze zorgvuldige voorbereiding en trajecten en afspraken vormen de basis voor hoe we onze tango gaan dansen.

Leren dansen, in de praktijk

De dans wordt uiteindelijk geleerd in de praktijk. Om zicht te krijgen op de kwaliteit van de samenwerking en de ervaringen van de betrokken medewerkers en patiënten is er binnen de looptijd van de eerste overeenkomst een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De ervaringen vanuit de patiënten en medewerkers waren overwegend positief. Ook al is er extra afstemming nodig tussen zorgverleners van beide ziekenhuizen, in de praktijk heeft de zorgerschikking als effect dat er minder laagcomplex patiënten in het Amsterdam UMC behandeld hoeven te worden. Er komt hierdoor extra capaciteit vrij voor het behandelen van hoog complexe patiënten in een academische setting. Bij Ziekenhuis Amstelland kunnen daarnaast meer patiënten worden behandeld die passen binnen het regionale profiel van dit ziekenhuis. Deze samenwerking geeft daarnaast de mogelijkheid om drukte te spreiden over verschillende afdelingen bij de twee ziekenhuizen. Als bijvangst ontstaat ook meer uitwisseling van kennis en expertise, en zo ontstaat er nog meer onderling vertrouwen en kunnen, op termijn, nieuwe ideeën over de inrichting van het gewenste zorgpad makkelijker gerealiseerd worden. Daarnaast is het door de implementatie van Epic in beide ziekenhuizen veel makkelijker geworden om patiëntendossiers uit te wisselen. Extra 'profijtelijk' is het ontstaan van mogelijkheden tot samenwerking op andere gebieden naast de zorgtaken zoals de gezamenlijke inrichting van onderzoek en opleiding. Deze verbreding en verdieping moeten bijdragen aan het fundament voor een robuuste lange termijn samenwerking en herinrichting van de zorgprocessen in beide huizen. Een transformatie die gefaciliteerd dient te worden met hulp van de leidende zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ.

De aanbevelingen die uit het onderzoek voortkwamen betreffen voornamelijk optimalisatie van communicatie- en informatievoorziening(en) voor zowel de patiënten en naasten als de zorgprofessionals. En omdat we dagelijks willen blijven dansen, zijn deze aanbevelingen actief opgepakt. Met als resultaat de oplevering van verschillende informatievoorzieningen voor zowel patiënten als betrokken medewerkers (figuur 1).

De muziek: patiënten en naasten

De patiënt en zijn/haar naasten vormen de muziek die de tango laten leven. In de afgelopen jaren is er al veel aandacht geweest voor het centraal stellen van de patiënt binnen de zorgsector. Dit is ook het geval bij zorgerschikking. Maar zoals hoogleraar Van de Bovenkamp al aangaf "het is makkelijker gezegd dan gedaan"¹. Geen enkele patiënt is hetzelfde dus hoe zorg je als samenwerkende ziekenhuizen ervoor dat de patiëntbeleving, -communicatie en -participatie zo vloeiend mogelijk dansen?

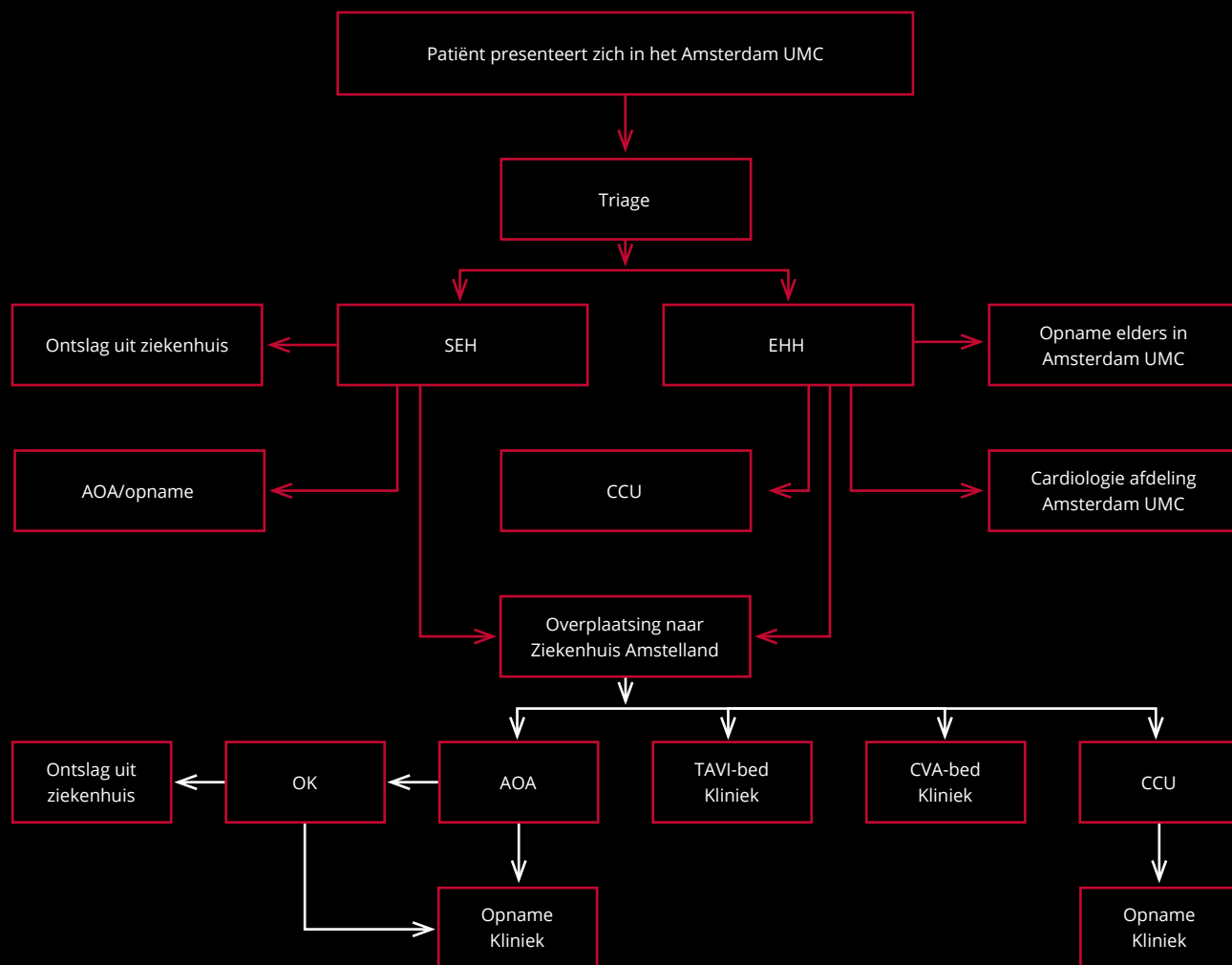
De patiënt zelf is het antwoord bij zorgerschikking. Wat is de behoefte van de patiënt bij een overplaatsing? En misschien wel belangrijker, wat is de meerwaarde voor de patiënt? De patiënt wil informatie over het "pad" dat wordt afgelegd met praktische vragen omtrent de overplaatsing. Aan deze behoefte is gehoor gegeven door middel van een visualisatie van het zorgpad van de patiënt (zie figuur 1). Een kanttekening hierbij is wel dat informatievoorziening in de vorm van een zorgpad een aanvulling moest zijn op de informatie die de patiënt al aangereikt krijgt van de betrokken zorgprofessional. Op die manier kan de tango mét muziek worden voltooid.

Conclusie

De tango is een improvisatiedans, waarbij twee partners op elk moment samen in een richting lopen. Door het veranderende zorglandschap is improvisatie in sommige situaties vereist, maar door samen te leren en verbeteren, elkaar te versterken, de taken beter te verdelen en de optelsom groter te maken dan afzonderlijke delen, kan er samen in dezelfde richting worden gedanst. De academische partner vervult ook op deze wijze haar initiërende, faciliterende en leidende regionale rol die de maatschappij vereist. Het regionale ziekenhuis vervult een onmisbare schakel in het blijven leveren van kwalitatief goede tweedelijnszorg voor patiënten. Daarmee heeft de zorgverplaatsing ook impact op onderwijs en opleiding en daartoe is ook een bestuurlijke opleidingseenheid ingericht. Hoewel het tot stand brengen van samenwerking op een dergelijk intensieve manier vaak een lange adem vergt, laat de praktijk zien dat het de moeite waard is. Een samenwerkingsverband zoals hier beschreven, namelijk één waarin verschillende barrières zijn overwonnen, stormen overleeft zijn en helpt om de zorg daadwerkelijk te verbeteren. It takes two to tango. ○

¹ De patiënt centraal: wat betekent dat eigenlijk? | medisch contact

De weg van de zorgerschikking patiënt



Figuur 1: visualisatie van de weg die een zorgerschikkingspatiënt aflegt.

Sophia de Rooij

Hanneke Klopper

voorzitter Zelfstandige Klinieken Nederland

DE KRACHT VAN FOCUS, INNOVATIE EN SAMENWERKING



In ons land is de zorgvraag groter dan de capaciteit. Als zorgsector moeten we alle zeilen bij zetten, willen we de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar houden voor iedereen. Door focus op passende zorg, zorg die bewezen effectief en zo efficiënt mogelijk is, kunnen we de zorgsector toekomstbestendig maken. Een zorgsector waarin patiënten weten waar zij terecht kunnen voor zorg van goede kwaliteit, waarbij innovatie wordt bevorderd en partijen in de zorg complementair aan elkaar werken. Dit vraagt om verandering en innovatie. Het vraagt om vernieuwende oplossingen en manieren van (samen)werken, waarmee we de vele uitdagingen in de zorg het hoofd kunnen bieden.

De kracht van focus

In een samenleving waarin de zorgvraag sneller toeneemt dan het zorgaanbod, is het zaak dat alle behandelcapaciteit optimaal wordt benut, dat zorg effectief wordt georganiseerd en schaarse middelen efficiënt worden ingezet. Klinieken worden gekenmerkt door focus: ze focussen zich vaak op een specifiek zorgaanbod. Ze doen waar ze echt goed in zijn. Door deze focus kunnen klinieken hun zorgproces optimaal inrichten. Door veel vergelijkbare patiënten te zien en ingrepen vaak te doen, worden medewerkers, van arts tot aan OK-personeel, daar steeds beter in. Daarnaast is focus terug te zien in de manier waarop klinieken zorg is georganiseerd: een efficiënt, strak geregeld en patiënt-vriendelijk proces. Focus maakt dat het omgaan met schaarse middelen (personeel, tijd van zorgverleners en geld) antwoord biedt op het capaciteitsvraagstuk.

Inzicht in uitkomsten

Deze focus van klinieken resulteert in goede toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de planbare zorg die zij leveren. Dat blijkt uit onafhankelijk onderzoek van Gupta Strategists. Maar het bieden van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare planbare zorg alleen, is niet genoeg. Om de behandelcapaciteit onder zorgaanbieders optimaal te kunnen benutten, is het verhogen van transparantie over de zorguitkomsten van klinieken en andere zorgaanbieders essentieel. Wanneer een patiënt elders sneller en minstens even goed behandeld kan worden, zou de patiënt op die mogelijkheden en het recht op keuzevrijheid gewezen moeten worden. Onze ervaring is dat planbare patiënten, en zeker patiënten met een urgente zorgvraag, bereid zijn te reizen voor diagnostiek en behandeling die snel plaats kan vinden. Patiënten moeten altijd een juiste keuze kunnen maken op basis van transparante zorguitkomsten, ondersteund door de juiste ICT, waarbij vraag en aanbod op elkaar worden afgestemd en gegevens zonder barrières worden gedeeld.

Uitdagingen die vragen om innovatie

Om de uitdagingen in de zorg het hoofd te kunnen bieden, moeten we de zorg in ons land structureel anders organi-

“Om de kracht en capaciteit in de zorgsector optimaal te benutten, is nauwe samenwerking tussen partijen in de zorg belangrijker dan ooit.”

seren. De vraag naar zorg neemt toe, terwijl het personeels-tekort groeit. Verandering van het systeem en innovaties die bijdragen aan preventie, effectiviteit en die arbeidsbesparend zijn, zijn hierom noodzakelijk. Verandering en innovatie vragen om investeringen. Investerings in ziekenhuizen en klinieken die steeds vaker door private en commerciële instellingen worden gedaan. Mede door deze investeringen is het voor zorgaanbieders mogelijk om te innoveren en ontstaat er meer prikkel voor innovatie. Iets wat hard nodig is in ons huidige zorglandschap waarbij we tegen vele uitdagingen aanlopen. Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg moeten daarbij ten alle tijden voorop blijven staan.

Complementaire samenwerking

Om de kracht en capaciteit in de zorgsector optimaal te benutten, is nauwe samenwerking tussen partijen in de zorg belangrijker dan ooit. We moeten elkaars rol erkennen, in plaats van concurreren om dezelfde patiënt. Het is aan klinieken en ziekenhuizen om hun samenwerking een stap verder te brengen, waarbij we complementair werken en elkaar versterken. Dit betekent vakinhoudelijke samenwerking, het uitwisselen van expertise, proactief aan elkaar doorverwijzen en waarborgen dat efficiënte processen en innovaties in focuszorg ook bij ziekenhuizen worden benut. Voor Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) is 2023 het jaar van samenwerking. Klinieken stellen hun kennis en capaciteit graag beschikbaar om samen te zorgen voor korte wachttijden, betaalbare behandelingen en voldoende opleidingsplekken voor toekomstig zorgpersoneel. En tegelijkertijd, voor voldoende capaciteit bij ziekenhuizen voor acute en complexere zorg. Met haar leden staat ZKN klaar om samen met ziekenhuizen, verzekeraars, verwijzers en beleidsmakers te werken aan een duurzame inrichting van de planbare zorg en de verandering die hierbij noodzakelijk is, zodat patiënten op tijd de passende zorg krijgen die ze nodig hebben. ○

“We moeten elkaars rol erkennen, in plaats van concurreren om dezelfde patiënt.”

Dianne Burger

directeur-bestuurder a.i. Mind

TRANSFORMATIE GGZ: AFBOUW EN OPBOUW

'De noodzakelijke transformatie van de zorg gaan we niet binnen een jaar of binnen één kabinetsperiode realiseren' zeggen ministers Kuipers en Helder in hun kamerbrief van 16 maart 2023, waarin de voortgang en eerste wapenfeiten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) toegelicht worden.

In het licht van de transitiewetenschap is dit een eufemisme. Deze wetenschap stelt namelijk dat een transitie niet enkele jaren, maar meerdere decennia beslaat.

Wellicht is dit een geruststellende gedachte, want regelmatig hoor ik mensen in mijn sector, de ggz, verzuchten 'het duurt zó lang voordat er schot in zaken komt, kómt het überhaupt wel óóit'. Weet dan dat we feitelijk al een heel eind onderweg zijn.

De afbouw en opbouw van een systeem

Een transformatie, of transitie, is een afbouw van een oud systeem; een bestaande manier van werken en organiseren, zoals vertegenwoordigd door de IZA-partijen, en tegelijkertijd opbouw van een nieuw systeem; het 'inkleuren van een nieuw landschap'. En hier is al veel beweging te zien.

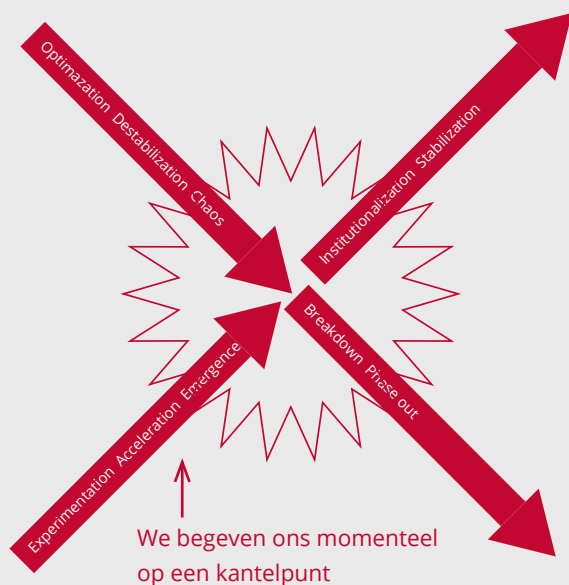
Vanaf de jaren tachtig ontstond het inzicht dat mensen met psychiatrische problemen, die tot die tijd grootschalig opgenomen en geïnstitutionaliseerd werden, veelal beter tot hun recht komen als ze gewoon zelfstandig wonend in de wijk verblijven. Dit heeft de afgelopen twee decennia tot grootschalige afbouw van bedden geleid en dit heeft veel reorganisatie van de sector gevraagd; 'afbouw van een bestaand systeem'. Daarnaast is de nut en noodzaak van ervaringskennis en zelfregie- en herstelcentra, de afgelopen decennia enorm opgekomen. Er zijn innovators naast het bestaande systeem van ggz, die het anders aan willen pakken: 'het opbouwen van een nieuw systeem'.



De X-curve

De dynamiek van een transitie kan weergegeven worden met de X-curve (Loorbach et al., 2017) die het proces van opbouw en afbouw over een periode van decennia laat zien. Het gaat namelijk in een transformatie niet langer over het optimaliseren van bestaande systemen. Die blijken niet meer te werken en lopen enkel verder vast, getuige de problemen in de ggz. Het gaat om het opbouwen van een nieuw systeem.

Deze curve laat zien dat in een veranderende sociale context het bestaande systeem zich ontwikkelt om hun bestaande praktijk te optimaliseren terwijl innovators experimenteren met alternatieve ideeën en technologieën.



Figuur 1: Transitiedynamiek: De X-curve (Loorbach et al., 2017)

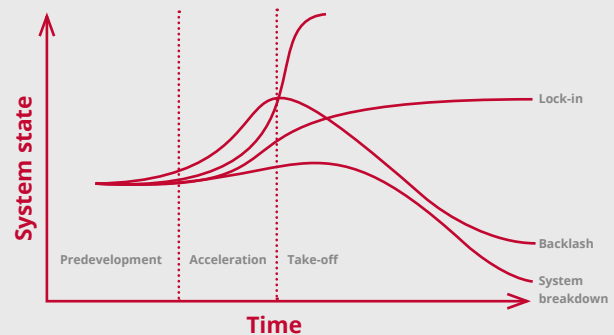
Een niet te stoppen transitie

Na een tijd ontstaat er druk op het bestaande systeem om te transformeren (denk aan de urgentie van de wachttijden, personeelstekort en beperkte middelen), omdat het systeem volledig vastloopt, welke leidt tot destabilisatie terwijl innovators versnellen en plotseling opkomen. Het kantelpunt van de transitie wordt bereikt in de acceleratiefase. Hierna is de transitie niet meer te stoppen. De daadwerkelijke transitie wordt dan chaotisch en disruptief en nieuwe combinaties van innovators en elementen van het bestaande systeem groeien samen in een nieuw systeem; institutionalization & stabilization. In dit proces vindt afbraak plaats van de elementen van het oude,

bestaande systeem, die niet transformeren en worden uitgefaseerd. In werkelijkheid verloopt dit proces niet zo gelijkmatig als afgebeeld in de curve. Het proces is iteratief en kan zich afspelen in verschillende fasen tegelijkertijd.

Gevaar van terugvallen

We zijn dus echt al een tijd op pad met de transitie. Momenteel zitten we in het kantelpunt en het IZA wil en kan een impuls aan de versnelling geven. Dit is heel positief, maar er loert een gevaar. Na het kantelpunt in de curve, kan in plaats van stabilisatie van het nieuwe systeem en breakdown van het oude, een 'lock-in' (oude systeem neemt nieuwe systeem op), een 'backlash' (valt terug in oude systeem) of zelfs een 'system breakdown' (oude systeem breekt nieuw opkomend systeem af) ontstaan (Loorbach et al., 2017, Rotmans, 2021). Zie figuur 2.



Figuur 2 Transitiedynamiek (Loorbach et al., 2017)

Lege pagina in het IZA

Het is dus zaak dat het huidige systeem; bestaande uit de IZA-partijen, zich hun verantwoordelijkheid realiseren en ruimte maken voor ontwikkeling van dit nieuwe systeem en niet angstvallig zaken incorporeren in hun organisatie. Hoort, vanuit dit perspectief, in de nieuwe ggz een herstelondersteunend gesprek thuis in een (bestaande) ggz-omgeving, of wellicht bij de poh-ggz of in een zelfregie-herstelcentrum? En is er bij het opstellen van de regiobeelden ook oog voor de veelbelovende plaatselijke innovator?

Het is belangrijk dat bij verder monitoring van de voortgang ook hier aandacht voor is. Toezichhouden op dit soort zaken is nodig voor een goede sturing van de transitie en helaas is juist deze pagina in het IZA nog opvallend leeg. ○

Bronnen


Loorbach, D., Frantzeskaki, N. & Avelino F. (2017). Sustainability Transitions Research: Transforming Science and Practice for Societal Change. Annual Review of Environment and Resources.
Rotmans, J. & Verheijden M. (2021). Omarm de Chaos. Singel Uitgeverijen.

Jolanda Buwalda

voorzitter raad van bestuur Omring

OP 1 LIJN

Vanuit het verlangen om out of de box te denken en doen, zoeken we inspiratie elders. We willen doorbraken realiseren, incrementeel waar het kan en disruptief waar het moet, en verandering daadwerkelijk doorvoeren. Ingegeven vanuit de ambitie om de gezondheidszorg in Nederland passender te maken. Soms ook wel vanuit frustratie waarom hét elders wel lukt en hier niet.

A portrait of Jolanda Buwalda, a woman with shoulder-length blonde hair, wearing a dark blue collared shirt. She is sitting with her arms crossed, looking directly at the camera with a slight smile. The background is a solid dark blue.

“De gezondheid van burgers bevorderen, kwaliteit aan hun leven toevoegen en hun maatschappelijk laten mee (blijven) doen, zijn impactvolle waarden die meetbare en merkbare resultaten oogsten in het ontdebelen en ontzorgen.”



Het IZA kader

Met hét wordt dan bedoeld dat we integraal of geïntegreerd kunnen acteren op de snijvlakken van de cure care community. De richting is met het Integraal Zorgakkoord, met GALA en met WOZO al aangegeven. De inrichting van de zorg en het kunnen verrichten op passende wijze, is de belofte en de opgave voor onszelf, in relatie met cliënten en patiënten. Inmiddels zijn we geformeerd binnen het IZA kader, als whole system in the room. En willen we als collectief ontwikkelend invoeren en lerend verantwoord vanuit de opgave van passende zorg.

Verdwalen in het zorgsysteem

Gelukkig zijn we niet alleen bestuurder, politicus, ambtenaar of zorgprofessional, maar ook burger. Dat helpt om ook vanuit eigen ervaring te doorgronden dat er niet alleen vanuit de zorgkloof, of een zorginfarct, of financiële onhoudbaarheid, een enorme urgentie is tot een koerswijziging. Het verdwaald zijn in het zorgsysteem ervaren we ook privé. De cliënt/patiënt moet surfen tussen nulde, eerste, tweede, derde lijn en vice versa, terwijl het kiezen voor de lijn van de cliënt en het ons op 1 lijn opstellen, van bijzondere eenvoud, effectiviteit en waarde zou getuigen. Illustratief is het artikel in het NRC van 25 maart 2023 van Jeroen Wester over "Ome Cees" en het struikelen over "De heilige code van drie letterige afkortingen; CAK, WMO, WLZ, SVB, BSN, PGB, CIZ, ZVW". Niet alleen moet je het hele alfabet binnenste buiten in wisselende samenstellingen kennen, ook dien je een bijna niet limitatieve hoeveelheid gesprekken met allerlei type hulpverleners, financiers en controleurs te voeren. Zoals met gemeente ambtenaren, huishoudelijke hulp, de casemanager, de arrangeur, de zusters, de dokters, de welzijnsondersteuner, de loketmedewerker van de zorgverzekeraar, de woningcorporatie, de informele zorgmakelaar, de chatbot van anonieme overheidsinstanties, de wachtlijstbemiddelaar van het zorgkantoor..... En dé ontzorgder staat daar (nog) niet eens bij!

Bruikbare inzichten

Wat kunnen we van elders importeren naar eigen land? Wat is een bruikbaar inzicht of een direct toepasbaar concept, werkwijze, techniek of product? Hoe verbinden we dat aan onze IZA beweging? Een aantal conditionele aspecten in Catalonië spreken ons enorm aan, zoals de digitale snelweg, de interoperabiliteit en datagedrevenheid; EU-wetgeving-proof, nota bene. Ook bepaalde aspecten van een ander stelsel, zoals HMO-ingrediënten, merken we in Catalonië op. De drempelloze verbinding tussen eerste lijn en welzijn is interessant. En de aantrekkelijkheid van real time integere informatie door beschikbaarheid van data, onder regie van

de burger. We bespeuren dat de inrichting van gespecialiseerde en gedifferentieerde zorg ook daar een vraagstuk van spreiding en concentratie is. De laagdrempelige geïntegreerde nulde en eerstelijnszorg blijft overal een wijkvoorziening.

KLanteling van Gezondheidszorg naar Gezondheid

Het meest opmerkelijke dat mijns inziens ook het importeren vanuit Catalonië waard is, is de kanteling van Gezondheidszorg naar Gezondheid. Deze beweging is zeer cruciaal, omdat het niet alleen als een reframe gehanteerd wordt, maar werkelijk als een kLanteling ingezet wordt en is. Vergelijkbaar met het paradigma van Positieve Gezondheid van Machteld Huber in ons land. Uitgaan van mogelijkheden van de burger en het duiden van diens vraagstukken en problemen vanuit een bredere scope, dus inclusief de sociaaleconomische context, lift het "doe vermogen" van het individu. Het investeren in en het betrekken van wonen, opleiden, werken, leven en gemeenschapszin is essentieel. Noodzakelijke (gezondheids)zorginterventies worden daarbij niet afgedaan als medicaliseren, maar worden erkend als specialistische zorg waar het moet. Zonder polarisatie tussen domeinen van welzijn en gezondheid/zorg. Waar passend, zeggen wij nu. Of dat op passende wijze gebeurt valt buiten scope. De gezondheid van burgers bevorderen, kwaliteit aan hun leven toevoegen en hun maatschappelijk laten mee (blijven) doen, zijn impactvolle waarden die meetbare en merkbare resultaten oogsten in het ontdubbelen en ontzorgen.

Integraal versus geïntegreerd

Het is opmerkelijk dat er onderscheid gemaakt wordt tussen integraal en geïntegreerd. Integraal is allesomvattend. Geïntegreerd is dat alle relevante onderdelen samengevoegd zijn (integrated care). Dat onderscheid is ook in ons Integraal ZA verband cruciaal om te onderkennen. Integreren is een beweging naar integraal toe, wat mij betreft. En dat is al uitdagend genoeg. Het is niet alleen mogelijk, dergelijke voorbeelden zijn er al en werken! Ook bij ons trouwens. Nu moeten we deze nog verder NL-proof maken!

GIGA

Op termijn gaan we wellicht van Integraal Zorgakkoord naar Integraal Gezondheidszorg Akkoord. Van IZA naar GIGA dat is Geïntegreerd Integraal Gezondheids (zorg) Akkoord. Het woord Zorg erbij of eraf? Die beweging is enorm; GIGA. Wel mét 4 letters, dus dat geeft een nieuwe Code! Hoe dan ook, voor nu is onze IZA een sleutel om ongewenste andere codes effecten te kraken. Met wat best practices en evidence, kunnen we dat wellicht teruggeven aan burgers en geëngageerde journalisten. ◦

Stefan Sleijfer

decaan en voorzitter raad van bestuur Erasmus MC

DE KRACHT VAN ONDERZOEK

*EN DE MAATSCHAPPELIJKE
OPGAVES IN DE ZORG*

Om de zorg kwalitatief goed, duurzaam en toegankelijk te houden staan we met zijn allen voor enorme uitdagingen zoals onder andere beschreven wordt in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Dit komt vooral door de toenemende personele schaarste ten gevolge van de vergrijzing en ontgroening in Nederland en de snel stijgende kosten van de zorg.

Zorgvraag reduceren en capaciteit vergroten

De zorgvraag is de laatste jaren snel groter geworden dan het zorgsysteem aankan en deze onbalans zal de komende jaren alleen maar groter worden als we niet hard ingrijpen. Het is dus zaak om het zorgaanbod te reduceren en tegelijkertijd de capaciteit van het zorgsysteem te vergroten terwijl we dat met minder mensen moeten doen. Het IZA geeft veel verschillende oplossingsrichtingen voor het reduceren van het zorgaanbod. Zoals het aanbieden van passende zorg en het verder optimaliseren van de capaciteit van het zorgsysteem door bijvoorbeeld betere regionale samenwerking, meer concentreren van bepaalde zorgactiviteiten en digitalisering.

Niet makkelijk, wel noodzakelijk

De uitvoering van bovenstaande is niet altijd gemakkelijk. We hebben in Nederland een zorgsysteem dat



“Zorgverzekeraars kunnen een belangrijk rol spelen door gelden beschikbaar te stellen voor onderzoek naar doelmatiger gebruik van het zorgsysteem.”

bestaat uit vele zelfstandige partijen en instanties. Deze worden aan het eind van de dag vooral beoordeeld op hun verdiensten als zelfstandige instanties. Een negatief financieel resultaat aan het eind van het jaar bijvoorbeeld, als gevolg van acties ingezet voor het algemene belang, wordt door de interne organisatie, toezichthouders, zorgverzekeraars en banken wellicht eenmalig geaccepteerd, maar zeker niet vaker. Ondanks het feit dat dit systeem het gemeenschappelijk oppakken van alle uitdagingen niet faciliteert, hebben we niet de mogelijkheid om te wachten met de uitvoering van het IZA. Gelukkig zijn er vele mogelijkheden om nu heel hard aan de slag te gaan en dat gebeurt ook al.

Belangrijke rol van kennisinstellingen

In het IZA is mijns inziens onvoldoende aandacht gegeven aan de enorme rol die kennisinstellingen zoals de UMC's en universiteiten, samen met vele andere kunnen spelen in het adresseren van de grote maatschappelijke opgaves in de zorg. De ervaring leert dat veelbelovende maatregelen om een probleem op te lossen of een situatie te optimaliseren, vaak na de introductiefase falen in de dagelijkse praktijk. Dat geldt niet alleen in de zorg, maar ook in het onderwijs en bedrijfsleven. Goed onderzoek om de haalbaarheid en daadwerkelijke toegevoegde waarde van een innovatie en implementatie te bepalen, is dan ook essentieel.

Besparingen door wetenschappelijk onderzoek

De UMC's doen enorm veel onderzoek; ongeveer de helft van de

wetenschappelijke publicaties in Nederland is afkomstig uit de UMC's. Dit onderzoek richt zich enerzijds op het vergroten van onze kennis en anderzijds direct op oplossingen van de grote maatschappelijke opgaves. Wekelijks worden vele mooie voorbeelden van onderzoek gepubliceerd met grote maatschappelijke impact, die door UMC's opgezet en vaak samen met andere zorginstellingen uitgevoerd werden.

Een paar voorbeelden. Het Radboud UMC publiceerde recent een onderzoek over mensen met pijn op de borst waarbij een 'pre-hospitaal' door een ECG en een bloedbepaling, een groep kon identificeren met een heel laag risico op een hartinfarct en daarom niet ingestuurd hoefden te worden. Door het lagere aantal SEH bezoeken, berekenden de onderzoekers dat invoeren hiervan ongeveer 48 miljoen euro op jaarbasis zou besparen. Het Erasmus MC heeft recent beschreven dat doseringen van immunotherapie bij oncologische patiënten vaak lager gegeven kunnen worden dan in het algemeen gedaan wordt. De besparing hierdoor wordt geschat op ongeveer 20 miljoen euro op jaarbasis. Tevens lopen er vele studies die onderzoeken of de duur van de behandeling met immunotherapie ook korter kan. Indien deze studies dat laten zien, zal dat veel minder belasting voor patiënten opleveren naast wederom enorme besparingen. Ander onderzoek liet zien dat na een operatie voor een complexe appendicitis twee dagen intraveneuze antibiotica net zo goed is als vijf dagen. Onderzoek gecoördineerd door het LUMC liet zien dat de introductie van een genenpaspoort

bijwerkingen van medicatie kan verminderen. Dit is slechts een zeer beperkte opsomming van het vele onderzoek dat gebeurt. Dergelijke onderzoeken leiden tot minder belasting voor patiënten, resulteert in minder druk op het zorgsysteem en levert zeer grote besparingen op.

Meer samenwerking met en tussen kennisinstellingen

Het is evident dat de potentie van onderzoek nog meer benut moet en kan worden om de uitdagingen die in het IZA beschreven staan aan te pakken. Samenwerking tussen UMC's, met kennisinstellingen zoals universiteiten en met andere zorgpartijen moet uitgebreid worden. Daarnaast moet het doen van onderzoek verder gefaciliteerd worden. Bijvoorbeeld door het veel beter en sneller ontsluiten van data gegenereerd in de dagelijkse zorg en deze toegankelijk maken om onderzoek te kunnen doen. Nieuwe vormen van onderzoeksoptzet waarbij patiënten participeren en controlegroepen uit de dagelijkse praktijk gevormd worden, moeten mogelijk worden. Ook zorgverzekeraars kunnen een belangrijk rol spelen door bijvoorbeeld een gedeelte van de besparingen die het uitvoeren van onderzoek vaak al met zich meebrengt, weer beschikbaar te stellen voor onderzoek naar doelmatiger gebruik van het zorgsysteem. Denk bijvoorbeeld aan de studies over kortere behandelingen met immunotherapie. Kortom, ook hier is het een zaak van samenwerken en af en toe over de eigen schaduw heen springen. o

Jan Willem Spijkman

sector banker gezondheidszorg ING

Justin Lintjer

directeur public & healthcare ING

DE STAP NAAR DIGITALE ZORG MOET NU GEMAAKT WORDEN

De zorgsector krijgt het steeds lastiger als het gaat om het beheersen van de kosten. Zorgorganisaties staan voor moeilijke keuzes. Er is een acuut probleem op de arbeidsmarkt. De energieprijzen en kosten van allerlei producten en diensten die zorgorganisaties nodig hebben rijzen de pan uit. Zorgverzekeraars, maar ook de burgers die de premies betalen kunnen de kostenstijgingen ternauwernood bijbenen. Er zit een grens aan de betaalbaarheid van de zorg.



Jan Willem Spijkman



Justin Lintjer

De arbeidsmarkt

De personeelsschaarste was niet eerder zo groot. Afgezet tegen het aantal banen, is het aantal zorgvacatures nu anderhalf keer zo groot als op de vorige piek in 2019, terwijl het aantal werkzoekenden met een zorgachtergrond door de krappere arbeidsmarkt steeds kleiner wordt. Gevolg is dat de druk op zorgpersoneel blijft toenemen. Een hoog personeelsverloop en ziekteverzuim versterken dit nog eens.

Zorgmedewerkers willen meer autonomie, vooral als het gaat om de roosters. Velen gaan daarom zelfstandig werken als zzp'er. De werkgever is veel duurder uit bij het inhuren van externe krachten. Ruim 5% van het zorgpersoneel is niet in loondienst. In de GGZ is dit percentage ruim 8% en in de Jeugdzorg zelfs meer dan 11%. Los van de kosten kun je harde maatregelen niet uit de weg blijven gaan. Personeel wordt alleen maar schaarser. Volgens de wetenschappelijke raad van het regeringsbeleid zal, als er niets verandert, één op de drie Nederlanders in 2060 in de zorg werkzaam moeten zijn. De keuze is: innoveren of afslanken. Aan moeilijke keuzes ontkom je niet als je goede zorg voor iedereen beschikbaar wilt houden.

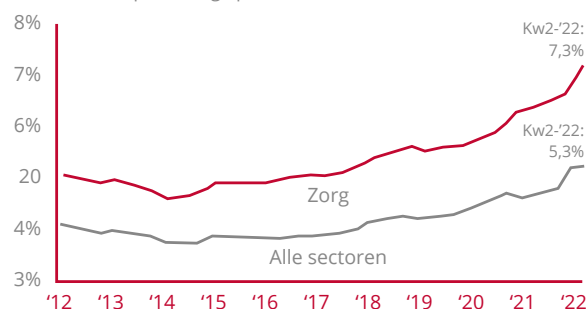
Zorgpersoneel niet eerder zo schaars

Vacaturegraad zorgsector (aantal vacatures per 1.000 banen)



Ziekteverzuim sterk opgelopen

Ziekteverzuimpercentage per kwartaal



Transitie naar passende zorg

In de Miljoenennota zijn de bestedingen aan de gezondheidszorg de grootste uitgavenpost. De bruto zorguitgaven zijn voor 2023 begroot op € 95 miljard. In de "Factsheet zorguitgaven" wordt een prognose gedaan van € 116 miljard bruto zorguitgaven in 2027. Transitie in de zorg is hard nodig. Nu al betaalt de gemiddelde volwassene € 6.600,- aan zorgkosten per

jaar. Zonder ingrijpen kan dit oplopen naar € 9.600,- per jaar in 2040 bij ongewijzigd beleid. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) staan de afgesproken gemiddelde beschikbare volumegroei per subsector van de zorg. Deze groeipercentages zijn alleen haalbaar als de transitie naar "Passende Zorg" zo snel mogelijk ingezet wordt.

	2023	2024	2025	2026
MSZ	1,0%	0,8%	0,4%	0,0%
GGZ	1,0%	0,8%	0,6%	0,4%
Wijkverpleging	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
Huisartsenzorg	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
MDZ	2,0%	3,0%	4,0%	5,0%

Als het volume in termen van omzet over enkele jaren niet meer mag groeien, wordt de situatie voor zorginstellingen bij de huidige prijsstijgingen van arbeid en energielasten onhoudbaar. Het IZA zal niet direct,

maar op langere termijn voor een beheersing van volumegroei en minder stijgende zorguitgaven leiden. Eerst zullen transitiekosten moeten worden genomen.



“Zorgorganisaties zullen samen met hun zorgnetwerk de transitie naar passende zorg moeten inzetten waarbij innovaties en het delen van patiëntengegevens leidend zullen zijn.”

Bekostiging sluit minder goed aan op de transitie naar passende zorg

De bekostiging van de zorg zit in een impasse. Dit jaar kost het de zorgorganisaties veel moeite om sluitende contracten af te spreken met zorgverzekeraars. Veel ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld te maken met een zogenaamd omzetplafond. Zij mogen tot een bepaald bedrag hun geleverde zorg declareren bij hun zorgverzekeraar, die deze zorg bij hen heeft ingekocht. Haalt een ziekenhuis dat plafond niet, dan krijgen zij van de zorgverzekeraars minder betaald. Dat terwijl de vaste lasten en een groot deel van de variabele lasten gewoon doorlopen. Ziekenhuizen kunnen dit risico afdekken door een aanneemsom met de zorgverzekeraar af te spreken. Hier zijn de verzekeraars op het moment niet zo happig op. Zij betalen dan, als het omzetplafond niet gehaald wordt, feitelijk veel meer voor de zorg die geleverd is. We kunnen langzamerhand wel concluderen dat aanpassing van de bekostiging aan een samenwerkingsmodel noodzakelijk wordt. Hiervoor zijn domein overstijgende betaaltitels nodig en de beloofde transitiegelden om o.a. innovaties zoals thuismonitoring te implementeren en op te schalen.

Actieplan Zorg - ICT - markt

Recentelijk heeft het Ministerie van VWS het Actieplan Zorg-ICT-markt¹ gelanceerd. Minister Kuipers “onderstreept het belang om de zorg slimmer te organiseren. Dit vraagt niet alleen om een transformatie naar passende zorg en meer inzet op preventie, maar ook om hybride zorg. Hierin spelen juiste en tijdige gezondheidsgegevens en digitalisering een belangrijke rol. Hiervoor is een goed werkende zorg-ICT-markt met betrokken ICT-experts en ICT-leveranciers onmisbaar.” Doel hierbij is dat patiëntengegevens eenvoudig gedeeld kunnen worden. Zorgverleners zijn tot 40% van hun tijd kwijt aan registratielast. Eenduidige toegankelijke patiëntengegevens leiden direct tot een effectievere inzet van het schaarse zorgpersoneel.

Passende hybride zorg

De nationale visie op het gezondheidsinformatiestelsel luidt als volgt: “De zorg zou heel wat efficiënter kunnen samenwerken als zij met dezelfde data zouden kunnen

werken. Gezondheid van de burger en preventie staan centraal. Het gezondheidsinformatiestelsel moet daarop zijn ingericht. De inzet van effectieve digitale zorg, technologie en het beschikbaar hebben van data zorgen ervoor dat de zorgverlener passende hybride zorg kan bieden.”

Zorg Thuis

Verplaatsing van ziekenhuiszorg naar zelfzorg en zorg thuis, nemen toe. Het Jeroen Boschziekenhuis bouwt² haar thuismonitoring bijvoorbeeld voortdurend verder uit. Vanuit een eigen monitoringscentrum, waar de thuismetingen binnenkomen, bedient zij al 1.100 patiënten via 20 telegroepprogramma's met een toegewijd medisch team, eigen IT-deskundigen en technologische en medische hulpmiddelen, zoals apps voor alarmering en coaching. Zo blijkt uit eerder ING-onderzoek dat patiëntbewaking op afstand met digitale middelen het aantal poliklinische ziekenhuisbezoeken door chronisch zieke patiënten fors kan terugbrengen. Daarnaast maken domotica, sensoren en nieuwe technologische innovaties voor ouderen het mogelijk dat zij langer thuis kunnen blijven wonen, wat de benodigde verblijfs capaciteit verkleint.

Nu doorpakken door digitale zorg te implementeren

De tijd van pilots en de proeftuinen is voorbij. Er zijn voorbeelden te over van koplopers die aan de slag zijn met “zorg thuis”, het inzetten van domotica en het uitwisselen van patiëntengegevens. Het gaat nu om het breed implementeren van die digitale zorg, domotica en bewezen innovaties. In de nabije toekomst zullen we heel veel meer patiënten en hulpbehoevende ouderen moeten helpen met minder zorgverleners. Domotica, innovaties, apps, telemonitoring en het delen van patiëntengegevens zullen helpen bij het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg. Daarvoor is wel samenwerking en innovatie nodig. ○

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2023/03/31/actieplan-zorg-ict-markt/actieplan-zorg-ict-markt.pdf>

² <https://www.zorgvisie.nl/het-succes-van-thuismonitoring-in-het-jbz-specialismen-zien-steeds-meer-kansen/>
<https://www.ing.nl/zakelijk/sector/healthcare/ziekenhuis-zorg-thuis-kan-druk-op-ziekenhuizen-verminderen>

COLOFON

Uitgever

© Coincide BV
Argonautenstraat 29
1076 KK Amsterdam
office@coincide.nl
+31-20-6768217
www.coincide.nl

Eindredactie

M.C. (Marleen) van Essen MSc MBA

Vormgeving & opmaak

Monter, Amsterdam

@ mei 2023 Coincide BV

Coincide BV en auteurs kunnen niet aansprakelijk worden gesteld voor de inhoud. Overnemen met bronvermelding is toegestaan.

Dit magazine is mede mogelijk gemaakt door:

Beyond is
where we begin. | **BCG**

ING
BANK

Gedreven door
maatschappelijke impact

Deloitte.

ING 

 **kpn**
Health

PHILIPS



Coincide BV

Argonautenstraat 29
1076 KK Amsterdam
+31-20-6768217

Bestellingen:

office@coincide.nl
ISBN/EAN: 978-90-827099-8-8