

'JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK' KENT VEEL PRAKTISCHE HOBBELS

# Overheveling van zorg? Of overheveling van problemen?

Het concept 'juiste zorg op de juiste plek' is massaal omarmd. Maar er is weinig oog voor de praktische consequenties ervan, zoals de investeringen in tijd en geld. Laurens Huisman en Wilma van der Scheer zetten de kanttekeningen op een rij.

**D**e 'juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) leveren. Dat is op dit moment dé ambitie die de zorg van de toekomst moet inrichten en kosten moet besparen. Twee gelijknamige rapporten (één uitgevoerd door KPMG in opdracht van veldpartijen, één in opdracht van VWS) vormden belangrijke input voor het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg.<sup>1,2</sup> De ideeën gaan uit van een populatiegerichte benadering van de gezondheidszorg met een grote rol voor (secundaire) preventie en een kleinere rol voor curatie. Het onderzoek van KPMG naar de condities en consequenties van deze richting, waarschuwt echter dat we moeten oppassen voor te hoge verwachtingen. Het zorgsysteem is al eeuwen ingericht op het leveren van acute zorg, maar niet op het leveren van chronische zorg. De vraag is of het daadwerkelijk gaat lukken om de zorg van de derde en de tweede lijn naar de eerste en de nulde lijn te krijgen en wat hiervoor nodig is. Die vraag lag ten grondslag aan literatuuronderzoek en interviews met experts en professionals (zie *kader bij de onlineversie van dit artikel*), gehouden in het kader van de afronding van de Master of Health Business Administration van Laurens Huisman. De thesis luidde: *Wanneer lukt*

*het wel? Onderzoek naar de randvoorwaarden voor het succesvol implementeren van de juiste zorg op de juiste plek in algemene ziekenhuizen.*

## Faalfactoren

Genoemde literatuurreview heeft onder meer geleid tot een uitgebreide lijst van randvoorwaarden, met name gericht op (herstel van) vertrouwen tussen de diverse zorgprofessionals (zie *kader Noodzakelijke elementen voor succesvolle implementatie JZOJP – online bij dit artikel*). Deze randvoorwaarden lijken misschien open deuren, maar zij worden in veel zorginstellingen nog niet volledig in praktijk gebracht. De literatuurstudie en de uitkomsten van de interviews samen laten zien voor welke uitdagingen wij staan willen we JZOJP wél in praktijk brengen. We gaan de potentiële faalfactoren een voor een langs.

## Gemiste diagnoses

Het principe van de 'juiste zorg op de juiste plek' is dat zorg wordt overgeheveld naar een eerder echelon. Dit vraagt veel van iedereen. Ten eerste moeten huisartsen de zorg overnemen vanuit ziekenhuizen, terwijl de meeste huisartsen al kampen met een hoge werkdruk. Ten tweede moeten patiënten er genoeg mee nemen dat de huisarts, vaak met minder (dure) diagnostiek, de diagnose stelt. Dit vraagt

acceptatie van patiënten/burgers dat er soms een diagnose gemist wordt, terwijl de mogelijkheden voor uitgebreidere diagnostiek er wél zijn. Tot op heden wordt in ziekenhuizen door medisch specialisten veel diagnostiek verricht om geen diagnose te missen. Zo werd in mijn oude opleidingsziekenhuis gezegd: 'Je krijgt nooit een klacht vanwege een te veel gemaakte foto.' Gezien deze praktijk en het stijgende aantal klachten over gemiste diagnoses bij de huisarts is het onwaarschijnlijk dat het missen van een diagnose door mensen geaccepteerd wordt.

## Registratielast

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat de huidige generatie epd's en het streven naar integrale zorg (*integrated care*) tot verzwaring van de registratiedruk leiden. Dit is ook de ervaring van de geïnterviewden. Zij zien de toegenomen registratiedruk als een belangrijke oorzaak van te hoge werkdruk onder artsen. De overheid is hier in het rapport 'Ontwikkeling uitkomstgerichte zorg 2018-2022' niet eenduidig over. Ze erkent daarin namelijk weliswaar de registratiedruk, maar benoemt evenzeer de meerwaarde van uitkomstgerichte zorg.<sup>3</sup> Terwijl uitkomst-

Effecten van  
juiste zorg op de  
juiste plaats zie je  
pas na twee jaar

gerichte zorg juist meer registratie vergt. Net als het moeten aantonen van de financiële effecten van het verplaatsen van zorg. Ook het principe van registratie aan de bron (eufemisme voor: door de dokters zelf) verhoogt de werkdruk. Deze tegenstrijdigheid wordt in geen van beide rapporten over 'de juiste zorg op de juiste plek' benoemd, maar is wel een belangrijke potentiële faalfactor.

### Werkplezier

Uit de interviews kwam naar voren dat het uitplaatsen van (vaak laagcomplex) zorg slechts een minimale werkdrukverlaging teweegbracht. Het uitplaatsen van dergelijke routinematige zorg – die er immers toe leidt dat de specialist heel vaak met hetzelfde ziektebeeld geconfronteerd wordt – had wel een positief effect op het werkplezier. Op de themaavond in het Flevoziekenhuis over dit onderwerp gaf overigens iets minder dan

de helft van de aanwezige medisch specialisten aan juist de mix van routinematige zaken en complexere zaken te prefereren boven alleen maar complexe zaken, ook als zij voor deze complexere zaken voldoende tijd krijgen. Het is dus geen eenduidig beeld. De vraag is wel of het ziektebeeld voor de huisarts net zo makkelijk te duiden is, omdat de exposure van de huisarts aan hetzelfde ziektebeeld per definitie veel lager is.

### De kosten van samenwerking

Belangrijk voor de verschuiving van zorg naar de eerste lijn is dat specialisten en huisartsen gezamenlijk overleggen. Deze overleggen, vaak aan de hand van casuïstiek, zijn niet alleen nodig om wederzijds begrip te krijgen voor elkaars professionele inbreng bij de betreffende patiënt, maar ook om elkaar te leren kennen en meer vertrouwen in elkaar te krijgen. Door de werkdruk en de krappe marges

in de zorg is het vrijspelen van zorgprofessionals echter een lastige en dure zaak, want dergelijke overleggen zijn geen declarabele zorg.

Belangrijk is daarnaast dat zorgprofessionals gezamenlijk de transmurale zorgpaden vormgeven. Deze zorgpaden faciliteren het verplaatsen van zorg naar de eerste of nulde lijn, omdat het maken van een zorgpad bewerkstelligt dat er onderling duidelijke afspraken worden gemaakt over wie welk deel van de zorg voor zijn rekening neemt. De logistieke/procesmatige uitwerking hiervan is uitdagend en tijdrovend. Het advies van de geïnterviewde experts is dat deze uitwerking gefaciliteerd wordt, want dit is vaak niet de expertise van de zorgprofessional zelf.

Uit de interviews bleek verder dat pas na twee jaar de effecten van de verplaatsing van zorg naar de eerste lijn zichtbaar werden in de verwijzingspercentages richting het ziekenhuis.

### Continuïteit

In het KPMG-rapport wordt erop gewezen dat JZOJP ervoor kan zorgen dat er minder personeel in de tweede lijn nodig is vanwege minder doorverwijzingen en minder opnames vanwege secundaire preventie, vroegtijdige signalering en het voorkomen van complicaties. Het radicaal uitplaatsen van zorg heeft echter als risico dat de continuïteit van zorg in gevaar komt, omdat er minder werk overblijft. Minder werk betekent minder artsen, die wel 24/7 deze zorg moeten leveren, waardoor de dienstbelasting van de overgebleven artsen weer stijgt. Dit leidt tot de vraag: wat is het minimale aantal specialisten dat nodig is voor een acceptabele dienstbelasting?

De afname van werk (in volume) zal niet gelijk opgaan met de afname in benodigde tijd. Complexere problemen vergen nu eenmaal meer tijd. Ditzelfde probleem doet zich voor bij het verplaatsen van zorg van de medisch specialist naar een verpleegkundig specialist of physician assistant. Routinematige zaken worden opgelost, de lastige problemen blijven over.



GETTY IMAGES

Het principe van de 'juiste zorg op de juiste plek' is dat zorg wordt overgeheveld naar een eerder echelon.

## Financiële gevolgen

De huidige bekostigingssystematiek is gebaseerd op een gemiddelde prijs per zorgproduct. Als alleen de complexe problematiek overblijft in een ziekenhuis, dan zal hiervoor meer tijd per patiënt nodig zijn. Daardoor zal de kostprijs van deze zorgproducten omhoog moeten. Alle partijen moeten ervan doordrongen zijn dat bij het uitvoeren van JZOJP het volume geleverde zorg in de ziekenhuizen wel daalt, maar de kosten minder hard zullen dalen.

Dit levert voor ziekenhuizen een financieel risico op, gezien de gemiddelde huidige marge van 1,5 procent. Zeker de kleiner wordende ziekenhuizen zullen gecompenseerd moeten worden, via aangepaste tarieven of aanvullend budget, of zullen moeten gaan samenwerken of fuseren.

## Conclusies

De belangrijkste conclusies die we uit het voorgaande willen trekken zijn de volgende.

Om de juiste zorg naar de juist plek te verplaatsen zal zowel tijd als geld geïnvesteerd moeten worden, aan de zendende kant en aan de ontvangende kant.

Er moet in de eerste, tweede en derde lijn weer meer vertrouwen en kennis komen over elkaars mogelijkheden en competenties. Dit kan bereikt worden door het opzetten van transmurale besprekingen over patiëntencasuïstiek.

Er is een minimale hoeveelheid van geleverde zorg in ziekenhuizen nodig om 24/7 continuïteit en expertise op diverse deelgebieden te kunnen blijven leveren. Bij een te laag zorgvolume wordt de dienstbelasting voor de overgebleven medisch specialisten te hoog om deze continuïteit te kunnen leveren en zijn er weer meer samenwerkingsverbanden nodig. ■

### contact

lhuisman@flevoziekenhuis.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](https://medischcontact.nl/artikelen).

# VELDWERK

DE BESTUURDER



**MARK VAN HOUDENHOVEN** is  
CEO van de Sint Maartenskliniek

## En toen ging ketenzorg leven

Toen de thuiszorg mijn vrouw belde, om door te geven dat haar vader was overleden, hoorde ze slikken aan de andere kant van de lijn. Ze hadden maandenlang mijn schoonvader verzorgd. Iedere dag zijn rug insmeren en hem verzorgen. Maar het was meer dan dat. Ze hielpen hem ook de dag door. Ze luisterden naar zijn levensverhalen. En zijn van hem gaan houden. Dat voelde zij bij dat slikken. Maar ook de lokale KookGenoten deden meer dan alleen zorgen voor het eten. Ze waren het cement van de gemeente, met de thuiszorg en dus ook voor mijn schoonvader.

Tot hij weer opgenomen werd in het ETZ in Tilburg. Daar kreeg hij weer de zorg en aandacht voor zijn ziekte maar juist ook de benodigde liefde. Ongelofelijk die aandacht en liefde terwijl ik wist dat het ziekenhuis tegelijkertijd werd overlopen door coronapatiënten. Maar het ging niet meer en in zijn laatste dagen hielp het ETZ om hem

naar huis te laten gaan en thuis te sterven.

## ZE HIELPEN HEM ALSOF HIJ HUN EIGEN VADER WAS

Ook dat ging eigenlijk zonder problemen. Het speciale bed voor in huis, met uitzicht op zijn tuin, kwam zonder gedoe op het juiste

moment. De collega van de palliatieve zorg was er al voordat de ambulance met mijn schoonvader er was. En de collega's van de ambulance hielpen hem alsof hij hun eigen vader was. Tot in het bed met zicht op de tuin, zijn laatste wens.

Mijn wereld van ketenzorg is een technische wereld, van overdrachtsmomenten, competenties, capaciteiten, dossiers, ICT, data en governance. Gelukkig is de uitwerking van die technische wereld in het echte leven er een van aandacht en liefde.