

Het Forum spreekt over: Medisch-specialistische zorg 20/20



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

**Het Forum spreekt over:
Medisch-specialistische zorg
20/20**

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, oktober 2011

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 340 50 60

Fax 070 340 75 75

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Broese en Peereboom

Tekst: MC Communicatie, Nieuwerkerk a/d IJssel

Fotografie: Eveline Renaud en Zorgenbeeld / Frank Muller

Druk: Broese en Peereboom

Uitgave: 2011

ISBN: 978-90-5732-2358

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatienummer 11/07.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Het Forum spreekt over:	
I. Deconcentratie van specialistische zorg	7
II. Concentratie van specialistische zorg	13
III. Voorwaarden voor (de)concentratie	19
IV. Het conceptadvies	25



Voorwoord

De RVZ baseert zijn adviezen onder andere op achtergrondstudies en de mening van betrokken personen en organisaties. Daarvoor organiseert de RVZ allerlei bijeenkomsten en debatten, soms in een kleine setting, maar ook voor grote groepen.

Voor het advies *Medisch-specialistische zorg 20/20. Dichtbij en ver weg* heeft de RVZ een forum van zo'n veertig professionals binnen en buiten de zorg gevraagd hun ongezoeten mening te geven over (de)concentratie van de medisch-specialistische zorg en de voorwaarden die daarvoor nodig zijn. De forumleden hebben daarmee een belangrijke bijdrage geleverd aan het advies.

Deze brochure neemt u in vogelvlucht mee langs de hoogtepunten van de discussies. Daarnaast zijn er nog veel meer interessante visies, meningen en presentaties de revue gepasseerd. Daarom zoomen we op een paar in: het is maar een greep uit een enorme hoeveelheid, maar toch geeft het een aardig inkijkje in wat mensen in de praktijk bezighoudt. En vooral laat deze brochure zien wat een andere ordening in het ziekenhuislandschap voor patiënten betekent.

Over de kern van het advies is men het eens: laagcomplexe specialistische zorg dichtbij huis en hoog complexe zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen. Deconcentratie én concentratie dus. Kwaliteit is daarbij leidend en we moeten zoveel mogelijk regionaal organiseren. Hoe we dat vervolgens moeten bereiken, daarover verschillen de meningen.

Het belangrijkste dat de RVZ geleerd heeft van het forum is misschien wel dat het nieuwe ziekenhuislandschap zo ontzettend veel mensen aan het hart gaat. Iedereen vindt dat er nu echt iets moet veranderen. Door dit breed gedragen gevoel van urgentie voelt de RVZ zich gesterkt in zijn overtuiging dat we met z'n allen een betere organisatie van de medisch-specialistische zorg kunnen en zullen bereiken.



Rien Meijerink,
voorzitter



Het Forum spreekt over:

I. Deconcentratie van specialistische zorg

Grote veranderingen zijn nodig om aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen, vooral de organisatie moet op de schop. Dat is de kern van het RVZ-advies *Perspectief op gezondheid 20/20*. Planbare, specialistische zorg dichtbij huis; hoog complexe zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen.

Deconcentratie én concentratie dus. Daar is men het inmiddels wel over eens. Rien Meijerink, de voorzitter van de RVZ, vindt de veranderingen niet snel genoeg gaan: Als we het erover eens zijn, waarom gebeurt het dan niet? Wat zijn de belemmeringen? Moeten we ingrijpen? Maar de forumleden laten

Uitgelicht

Longfonds

'Kort gezegd' in 2020:

Is mijn zorg op alle niveaus van de hoogste kwaliteit en gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap (onderzoek, richtlijnen, zorgstandaarden), vraaggestuurd, rond mij als patiënt georganiseerd, krijg ik zorg op maat en is de zorg zoveel als mogelijk en nodig is, multidisciplinair.

Is mijn zorg op alle niveaus doelmatig georganiseerd en wordt deze adequaat en op dezelfde manier door de zorgverzekeraars ingekocht en gefinancierd. Waar ik ook ben krijg ik dezelfde kwalitatief goede en juiste zorg. Niet de marktwerking in de zorg is het doel (in 2020 is gebleken dat de zorg zich niet leent voor marktwerking) maar efficiënte en kwalitatief goede zorg, afgestemd op mij als patiënt met een chronische longaandoening. In 2020 heb ik vrije keuze voor mijn zorg: kwaliteit van de zorg en de patiëntgerichtheid van mijn zorgverleners en/of van een ziekenhuis zijn voor mij doorslaggevend.

Uit: *Visie vanuit het perspectief van patiënten met een chronische longziekte op medisch-specialistische zorg 2011-2020*, het Longfonds. De volledige tekst kunt u lezen in het *RVZ-advies Medisch-specialistische zorg 20/20. Dichtbij en ver weg*.

zich niet van de wijs brengen. Zij zijn vooral geïnteresseerd in: Hoe realiseren we het nieuwe ziekenhuislandschap?

Specialisten in de eerste lijn

Laat specialisten een dag in de week samenkomen in de eerste lijn, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk. Dan kunnen patiënten op die dag verschillende specialisten zien. Zo luidt een concreet voorstel van een zorgaanbieder. De forumleden voelen er wel voor, want veel patiënten hebben meer dan één ziekte, en moeten dus naar verschillende specialisten. En dan is het lastig om het overzicht te houden, niet alleen voor patiënten zelf overigens.

Maar...kan de eerste lijn dat wel aan? Enkele deelnemers hebben er niet veel vertrouwen in. Er zijn nog teveel eenpitters in de eerste lijn, die dat niet alle-

maal kunnen coördineren en managen. Anderen zien wel mogelijkheden, zeker voor de eerstelijnscentra die al behoorlijk opgeschaald zijn. Geen superspecialisten, maar internisten bijvoorbeeld, dat kan wel, vindt men. Een deelnemer gaat een paar stappen verder, hij vindt dat deze centra specialisten in dienst kunnen nemen. Of inhuren. De zorgverzekeraar zou de centra kunnen contracteren en een vast bedrag per jaar kunnen betalen per diabetespatiënt bijvoorbeeld. Een denkbeeld dat duidelijk nog even moet inzinken bij het forum.

En wat doen we met de bakstenen van de academische ziekenhuizen? vraagt een e-health-professional enthousiast. In gedachte is hij ze al aan het afbreken. De anderen lachen er een beetje om, er is werk zat voor de UMC's.

Uitgelicht

Zorg dichtbij huis in het Vechtdal

De Saxenburgh Groep bestaat uit een ziekenhuis, vier buitenpoli's en achttien woonlocaties voor ondersteuning van ouderen in het Vechtdal. De groep brengt de zorg zo dicht mogelijk naar de patiënt toe: Dankzij de buitenpoli's zijn de medisch specialisten binnen twintig minuten autorijden bereikbaar. Hetzelfde geldt voor het prikken van bloed, het maken van een röntgenfoto en een ECG. Er is een nauwe samenwerking tussen de huisartsen en de medisch specialisten. De Saxenburgh Groep doet veel aan preventie en biedt zorg waar de inwoners in de regio behoefte aan hebben. Dat is vooral de basisziekenhuiszorg en ouderenzorg.

Bron: www.sxb.nl



Experimenteren

Het is tijd voor een grootschalige test om dit uit te proberen, oppert een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie. Een paar mensen voelen wel wat voor experimenteren, of ‘intelligent doormodderen’, zoals een forumlid het noemt.

Je moet toch ergens beginnen, nietwaar? Anderen zijn huiverig voor experimenten en projecten, zij vinden het tijd voor structurele veranderingen.

Partners in change: zorgverzekeraar en patiënt

Opvallend: de zorgverzekeraar wordt het meest genoemd als initiatiefnemer bij de gewenste veranderingen. Nog opvallender: in samenwerking met de

patiënt. Dat was een paar jaar geleden nog wel anders. Ze hebben dezelfde belangen, zegt een forumlid, namelijk hoge kwaliteit en lage kosten, dus ze vormen een logisch partnerschap. En als patiënten de zorgverzekeraars oproepen om dat in een stroomversnelling te brengen, dan komt er automatisch een nieuwe ordening van zorg, vervolgt een ander optimistisch.

De zorgverzekeraars worden trouwens vaker genoemd tijdens de discussie: ze moeten met de overheid en de Nederlandse Mededingingsautoriteit overleggen, zegt een deelnemer. Een huisarts vindt dat zorgverzekeraars veel beter kunnen sturen dan gemeenten om overgewicht te voorkomen en te

Uitgelicht

One-stop-shop in Schiedam

Het Centrum Huisartsen Schiedam brengt de zorg dichtbij de patiënt en slaat spijkers met koppen als dat kan. Dus als de fysiotherapeut vindt dat een patiënt een prik in zijn schouder moet hebben, dan doet een huisarts dat meteen even. Zegt een patiënt dat hij nu eindelijk echt wil afvallen, dan komt de diëtiste erbij. Een dag in de week is een dermatoloog aanwezig die samen met de huisarts patiënten met huidklachten ziet. De regie ligt bij de huisarts. Kosten: € 100,-. In het ziekenhuis, waarbij een DBC geopend wordt, is dat drie keer zo duur. De praktijkondersteuners lossen zelf eenvoudige vragen op, zoals urinecontrole op blaasinfecties, de prikpil en hechtingen verwijderen. Patiënten kunnen daarvoor de hele dag zonder afspraak binnenlopen. In 2010 zijn op die manier 10.000 patiënten in het centrum geholpen, dat is een zesde van het totaal aantal huisartsconsulten. Tot slot regelen casemanagers dat 65-plussers die na een operatie thuishkomen, begeleid worden door de verpleegkundigen van het centrum. Op die manier zorgen zij voor een soepele overgang tussen ziekenhuis en thuis.

bestrijden. En als het gaat om een eerlijke verdeling van zorg die veel geld opbrengt en zorg die weinig oplevert of zelfs een kostenpost is? Drie keer raden wie daar op moet letten, juist, de zorgverzekeraar.

Patiënt is dé motivator

Zo af en toe duikt de vraag toch op tijdens de discussie: Waarom is deconcentratie eigenlijk nodig? 'Omdat we de zorg voor ouderen en chronisch zieken niet meer alleen aan kunnen,' antwoordt een huisarts, 'je móet samenwerken om de zorgvraag op te vangen.' Concentratie maakt deconcentratie nodig, vindt een ander. Meer argumenten worden genoemd, zoals de technologische ontwikkelingen en e-health.

Maar verreweg het merendeel vindt de patiënt zelf de grootste motivator.

Patiënten moeten hun stem laten horen

We denken teveel vanuit het zorgaanbod, we moeten denken vanuit de patiënt, merkt een deelnemer op. De discussie krijgt een andere wending. Patiënten moeten de zorg naar zich toetrekken, merkt een deelnemer op, ze moeten eisen dat de zorg zich om hen heen organiseert, eisen dat de eerste lijn e-health biedt. Een ander vindt dat onzin: zolang de zorgvraag groter is dan het aanbod, hebben patiënten geen macht. Misschien hebben patiënten dan een zetje nodig om hun macht om te zetten in daadkracht. Bijvoorbeeld door

Uitgelicht

Pleidooi voor de beste zorg dichtbij huis

De beste zorg kan wel degelijk vlakbij huis gegeven worden. Hoe? De minder complexe ingrepen doe je met eigen specialisten, eigen verpleegkundigen en ondersteunend personeel. Voor de complexe zorg worden specialisten van grote ziekenhuizen 'ingevlogen'. Tot slot werk je bij een deel van de zorg volgens een franchiseformule: het regionale en het academisch ziekenhuis bieden samen specialistische zorg, bijvoorbeeld op het gebied van kankerbehandeling. Sommige ondersteunende functies, zoals diagnostiek en laboratoriumonderzoek, besteed je uit aan grotere ziekenhuizen, want dat hoeft niet dichtbij patiënten thuis te gebeuren. Zo verspil je minder tijd en geld en werkt iedereen efficiënter. De klant hoeft minder te reizen, wordt minder doorverwezen en komt sneller op de juiste plek terecht.

Bron: *De beste zorg vlakbij huis kan wel degelijk*, Ruud Verreussel, bestuurder van de Zorggroep Pantein in Boxmeer.

een patiëntenvakbond, verplicht betaald door alle verzekerden. Anderen vinden dat de patiëntenorganisaties gezamenlijk moeten opkomen voor de belangen van patiënten, zeker nu steeds meer patiënten meer ziektes tegelijkertijd hebben. In ieder geval moeten patiënten hun stem krachtiger laten horen, zo luidt de algemene opinie.

Tot slot

Het zorgaanbod moet veranderen, daar is iedereen het over eens. Maar wie de regie moet voeren en of we moeten ingrijpen: dat is nog de vraag. De meest opmerkelijke uitkomsten van deze discussie zijn dat de meesten vinden dat zorgverzekeraars en patiënten de handen ineen moeten slaan om kwaliteit

en lage kosten af te dwingen. Daarnaast vindt iedereen de patiënt dé motivator voor deconcentratie in de zorg.



Het Forum spreekt over:

II. Concentratie van specialistische zorg

Uitgelicht

Spreiding en concentratie langs de A12

Vier ziekenhuizen in de regio Den Haag vormen samen de A12-ziekenhuizen. Ze hebben in totaal zes locaties langs de A12 in Den Haag, Gouda, Zoetermeer en Leidschendam. Samen verdelen ze de taken: De PET-CT-scan staat in Gouda, obesitas wordt behandeld in Leidschendam en de IC-artsen werken drie maanden in het jaar op een andere locatie. De vijf IC's werken volgens dezelfde protocollen en variëren van niveau 1, voor minder complexe zorg, tot niveau 3 voor de meest complexe zorg. Door de samenwerking verbetert de kwaliteit van zorg en worden patiënten op het juiste niveau behandeld. Voordelen voor de organisatie: minder kosten en het is makkelijker om IC-artsen aan te trekken. Nadeel: patiënten moeten soms verder reizen.

Bron: *A12-ziekenhuizen willen de toekomst voor zijn*, www.nos.nl, 5 april 2011.

Concentratie en deconcentratie van medisch-specialistische zorg is nodig willen we de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar houden in de toekomst. Daar zijn alle forumleden het over eens. Maar, moeten we ingrijpen of niet? En zo ja, wie neemt de regie? Dat zijn vragen waarover het forum zich de vorige bijeenkomst niet uitsprak. Dit keer wel.

Artsen gaan over kwaliteit

De kwaliteit van de zorg moet bij alle beslissingen over concentratie en

deconcentratie leidend zijn; doelmatigheid is volgend, zo stelt een zorgaanbieder. De wetenschappelijke verenigingen moeten minimale kwaliteitseisen stellen. Artsen gaan over de kwaliteit, niet over doelmatigheid. Een zorgverzekeraar vindt dat artsen in ieder geval wel betrokken moeten worden bij beslissingen over doelmatigheid. Bij doelmatigheid gaat het niet alleen om de centen, vult een ander aan, het dient ook een hoger doel. Bijvoorbeeld het voorkomen van de gevreesde tweedeling, waarbij goede zorg beter toegankelijk

is voor rijke mensen dan voor arme mensen. Kortom: zonder doelmatigheid geen kwaliteit.

Gaat het snel genoeg?

Een zorgaanbieder zegt dat er al veel veranderd is: (de)concentratie is niets nieuws, het gebeurt al volop. De wetenschappelijke verenigingen nemen hun verantwoordelijkheid op dat gebied, vervolgt hij. Een zorgverzekeraar vindt dat de wetenschappelijke verenigingen zich wel wat meer mogen openstellen

voor de zorgverzekeraars. Niet alle verenigingen willen in gesprek met hem. Een patiëntvertegenwoordigster ondervindt daar nou juist geen problemen mee. Maar ze vindt de veranderingen niet snel genoeg gaan: 'Twintig procent van de eerstelijnscentra werkt *al* in een netwerk?' reageert ze op een eerdere uitspraak van een forumlid. 'Hoe lang moeten we dan nog wachten voordat iedereen zo werkt!'



Uitgelicht

Discussie over concentratie

Ouders en behandelaars van kinderen met kanker, verenigd in de coöperatie Nationaal Kinderoncologisch Centrum, willen de diagnose en complexe behandelingen concentreren in één nationaal kinderoncologisch expertisecentrum. Nu is dat nog verspreid over zeven centra. Door de concentratie in één centrum stijgt de overlevingskans van de kinderen en worden de kosten transparant. De minder ingewikkelde zorg kan worden aangeboden in shared care-centra dichterbij ouders en patiënten. Het centrum moet in de buurt van een ziekenhuis staan, maar er geen deel van uitmaken. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) wil ook de kinderoncologie concentreren, maar dan in twee centra, en juist binnen de muren van de UMC's. De NFU vindt dat de kwaliteit van zorg het best gegarandeerd wordt als de kinderoncologie binnen alle subspecialismen van de kindergeneeskunde aangeboden wordt.

Bron: *Umc's concentreren kinderoncologie niet*. Hélène van Beek. www.medischcontact.artsennet.nl, MC-nr. 28, 5 juli 2011, p. 1751.

Lastig om in beweging te komen

Een forumlid vertelt dat de inspectie onmogelijke eisen stelt aan de Robot-apotheek die zijn eerstelijnscentrum wil introduceren. 'De robot mag maar één op de miljoen keer een fout maken; voor een mens geldt één op de duizend.' Het lastigst is het voor ziekenhuizen om in beweging te komen, stelt een deelnemer: er zijn grote wachtlijsten en ze bieden een schaars product, daarom is het niet logisch om te veranderen. Dus moet er druk van buitenaf komen, reageert een ander. 'Zorgverzekeraars kunnen die dwingende hulp wellicht bieden', concludeert Rien Meijerink, voorzitter van de RVZ. De prikkels staan niet

goed, en we moeten over onze eigen belangen heenstappen, voegt een forumlid toe. Dat zeggen we al jaren, mompelt iemand moedeloos.

Netwerken en e-health

'Ik mis de flexibele netwerken in de hele discussie,' reageert een netwerken-de arts. Instemmend geknik vanuit de zaal. 'Jazeker, artsen kunnen natuurlijk rondrijden,' beaamt een zorgverzekeraar. Dat is de druppel voor een e-healthprofessional: 'Rondrijden? De hele discussie gaat over prijs, kwaliteit en volume. We moeten investeren in e-health en de processen slimmer inrichten. E-health is een belangrijk middel om concentratie te realiseren.' Een adviseur haakt daarop

in: ‘Als we nou eens één landelijk elektronisch...’ De hele zaal barst in lachen uit.

Goedkopere krenten

De zorgaanbieders uit de ziekenhuizen lijken wat huiveriger voor ingrijpen dan de zorgverzekeraars, de netwerkende zorgaanbieders en de patiëntenverenigingen. De zorgaanbieders zien in ieder geval meer beren op de weg naar het nieuwe ziekenhuislandschap dan de anderen. Beren met namen als: Complexe aandoeningen, Verlies van samenhang, Onbekendheid met artsen uit andere ziekenhuizen, Krenten uit de pap, NMa. Op zich wel logisch, de zorgaanbieders moeten het straks doen. De anderen hebben makkelijk praten. Met die krenten, de verrichtingen die

weinig kosten en veel opleveren, maakt een zorgverzekeraar korte metten: de prijs van de krenten omlaag, en de prijs van de pap omhoog. Simpel.

Een beetje dwingen

De zorgverzekeraar wordt ook dit keer naar voren geschoven als mogelijke regisseur. Op welke gebieden en hoe dwingend, dat is nog even een punt, maar toch. ‘Veranderingen moet je een beetje afdwingen,’ vindt een zorgverzekeraar, ‘anders gebeurt er nooit wat.’ En de overheid? Moet die niet ingrijpen? Een deelnemer wijst erop dat er verschillende vormen van overheidsbemoeienis mogelijk zijn, zonder dat we terugvallen op staatsregie. De overheid kan bijvoorbeeld de zorgverzekeraars steunen, die hun nek uitsteken om ver-

Uitgelicht

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties

Concentratie van laagvolume, hoogcomplexere oncologische zorg is noodzakelijk en urgent. [...] De oncologische aandoeningen waarvoor concentratie het meest urgent is, zijn die aandoeningen waar de hoogcomplexere, laagvolume behandelingen een hoge mortaliteit of hoog risico op schade kennen. Daarbij gaat het om pancreas-, rectum-, maag-, lever-, long-, blaas- en nierkanker, hersentumoren en orthopedische tumoren. Voor slokdarmkanker, hoofd- en halskankers en gynaecologische kankers is het proces van concentratie al volop bezig of al voltooid. Hoewel bij hersentumoren al een concentratieslag gemaakt is, is verdere concentratie daar nog wenselijk.

Uit: *Concentratie en spreiding van zorg: opschalen en indalen*, Anemone Bögels, directeur Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. De volledige tekst kunt u lezen in het RVZ-advies *Medisch-specialistische zorg 20/20. Dichtbij en ver weg*.

anderingen af te dwingen. Nu durven zorgverzekeraars niet een ziekenhuis te sluiten, uit angst voor imagoschade. Zeker zolang zij niet gezien worden als vertegenwoordigers van *patiënten*, dus niet alleen van verzekerden. Dat bestrijdt een zorgverzekeraar: natuurlijk moeten we werken aan het vertrouwen van patiënten, maar als de urgentie en de druk groot genoeg is, durven zorgverzekeraars wél ziekenhuizen te sluiten. Met steun van de minister, dat wel.

Tot slot

De meeste forumleden vinden dat de gewenste (de)concentratie te langzaam gaat, hoewel sommige zorgaanbieders van mening zijn dat er al behoorlijk veel veranderd is in korte tijd. Ziekenhuizen hebben dwingende hulp van buitenaf nodig, want zelf hebben ze minder belang bij het afstoten van verrichtingen en concentratie. Zorgverzekeraars zouden die hulp kunnen bieden.

RECEPTIE ZORGPUNT



Het Forum spreekt over:

III. Voorwaarden voor (de)concentratie

Uitgelicht

De beste zorg op de beste plek

Esperanz is een innovatief zorgnetwerk. Patiënten die complexe chirurgie nodig hebben worden geopereerd in een gespecialiseerd ziekenhuis, maar krijgen daarna (bijvoorbeeld) chemo dichtbij huis. De betrokken zorgverleners beschikken over dezelfde informatie dankzij de ICT-voorzieningen van het netwerk en de patiënten houden online het overzicht over de verschillende behandelingen. Via e-mail communiceren zij met een verpleegkundige binnen het team. Ook voor de professional werkt de gekozen opzet. Ze bepalen gezamenlijk per patiënt wie het beste waar welke zorg kan verlenen. Patiënten krijgen daardoor de beste zorg op de beste plek.

Bron: *Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20*. Duco Duchatteau, vennoot LSJ Medisch Projectbureau. Achtergrondstudie voor het RVZ-advies *Medisch-specialistische zorg 20/20. Dichtbij en ver weg*.

Tijd om een tipje van de sluier op te lichten: hoe zal het RVZ-advies er uit zien? Pieter Vos, algemeen secretaris, geeft de hoofdlijnen weer, hoewel de Raad er nog volop over discussieert. Het forum discussieert enthousiast mee, en waarschuwt voor het gebruik van ingesleten termen; en voor 'denken vanuit de bestaande organisaties'. Enne... wat wil de RVZ eigenlijk bereiken met het advies? Kwaliteitswinst? Zoveel mogelijk actieve burgers die meedoen in de maatschappij? Een langere levens-

verwachting? Tja, daar moet de Raad inderdaad nog eens even heel goed naar kijken, vindt ook Wim Groot, lid van de RVZ.

Zorg dichtbij

Uit de presentatie van Pieter blijkt dat het RVZ-advies over het nieuwe ziekenhuislandschap een logisch vervolg is op het advies *Perspectief op gezondheid 20/20*. Daarin pleit de Raad voor een omslag 'van zz naar gg'. Van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid dus.

Uitgelicht

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties

Concentratie van zorg voor mensen met een chronische aandoening betekent twee zaken: (1) Waar mogelijk worden integrale zorgprogramma's in de thuissituatie aangeboden die het zelfmanagement maximaal ondersteunen. Goede voorbeelden hiervan zijn initiatieven als *health buddies*, e-health initiatieven als in Leidsche Rijn Utrecht, ondersteund door *nurse practioners/praktijkondersteuners in de huisartspraktijk*. (2) Voor de aanvullende zorg (inclusief diagnostiek) moeten mensen op één plaats terecht kunnen. *One stop shopping* is niet alleen relevant voor urgente diagnostische vraagstukken, maar evenzeer voor mensen met een chronische aandoening, inclusief *survivors* van kanker. Daarbij is het absoluut oninteressant of het eerste-, anderhalvelijn of poli heet. Als de zorg maar integraal op het adequate deskundigheidsniveau aangeboden wordt én goed bereikbaar is. Om dit te realiseren is naast professionaliteit ook ondernemerszin en leiderschap nodig. Dit betekent mijns inziens dat twee bewegingen elkaar moeten gaan vinden en versterken: opschalen en indalen. Opschalen van eerstelijnsolisten naar een zorgorganisatie van voldoende schaal en indalen van zorgondernemerschap vanuit het ziekenhuis ten behoeve van de integrale ketenzorg.

Uit: *Concentratie en spreiding van zorg: opschalen en indalen*, Anemone Bögels, directeur Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. De volledige tekst kunt u lezen in het RVZ-advies *Medisch-specialistische zorg 20/20. Dichtbij en ver weg*.

En dat geldt ook voor de medisch-specialistische zorg. De hoofdlijnen van het nieuwe advies zijn dan ook: allereerst zorg dichtbij de patiënt *waar mogelijk*, en pas in tweede instantie: concentratie *zo nodig*. 'Er zijn al veranderingen die die kant op gaan,' vertelt Pieter. 'Maar als je revolutionaire veranderingen wilt, dan heb je een breekijzer nodig.'

Revolutie

Revolutionaire veranderingen? Wil het forum dat wel? De meest gepassioneerde pleitbezorger van de revolutie is wel een

zorgverzekeraar die al voortvarend bezig is met het inrichten van het nieuwe ziekenhuislandschap. 'Het liefst samen met alle betrokkenen, maar als dat niet lukt, hakken wij de knoop door.' Vermindering van complicaties, samenwerken in zorgnetwerken, meer eisen stellen aan zorgaanbieders, gebruikmaken van elkaars gegevens: het is zomaar een greep uit de veranderingen die de zorgverzekeraar doorvoert om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het forum is onder de indruk. Maar. Wat zijn de effecten voor de ziekenhui-

zen? Wat zijn de risico's? En wat vindt de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ervan? Want samenwerking riekt naar prijsafspraken en marktverdeling, en dat mag niet. 'We maken gebruik van de ervaringen in het buitenland, maar wat er precies gaat gebeuren weten we niet,' verklaart de zorgverzekeraar monter. 'En wie houdt toezicht op de zorgverzekeraars als zij publieke taken op zich nemen?' vraagt een toezichthouder. Mmm. Daar heeft hij een punt, denkt het forum.

Scheiding diagnose en behandeling?

Een aantal forumleden vallen de zorgverzekeraar bij: We moeten niet proberen

alle effecten te overzien, want de werkelijkheid pakt altijd anders uit en voor je het weet zit je vast aan een blauwdruk, vinden zij. Ook de RVZ moet daarvoor waken in zijn advies. Een paar leden veren op als Pieter het heeft over een scheiding tussen diagnose en behandeling. Zowel functioneel als financieel. Zij zien het helemaal zitten. Maar, dat dit een van de revolutionaire veranderingen is, blijkt wel uit de reactie van de overige forumleden. Zij leunen achterover en luisteren met een frons tussen de ogen. 'Dit staat te ver af van de praktijk', lijkt hun lichaamstaal te zeggen.

Per regio

De meesten vinden dat het nieuwe



Uitgelicht

Hart&Vaatgroep

Waar hoogspecialistische zorg geconcentreerd kan worden, kan minder specialistische zorg gespreid blijven. Spreiding kan ook geëntameerd worden, wanneer een te grote afstand dreigt en er geen gelijkmatige regionale spreiding is. Meer nadruk komt te liggen op eerstelijnsvoorzieningen. Veel zorg kan niet geconcentreerd worden, zoals zorg voor chronische aandoeningen waarbij een beperkte reisafstand wel belangrijk is, bijvoorbeeld voor mensen met hartfalen.

Als bepaalde instellingen exclusief bepaalde behandelingen doen, dient gezorgd te worden voor overdracht van kennis en ervaring naar niet gespecialiseerde ziekenhuizen. Kennisoverdracht is belangrijk voor het in stand houden van de mogelijkheid om diagnoses te stellen en nazorg te leveren.

Uit: Visie op medisch-specialistische zorg 2011-2020 van de Hart&Vaatgroep. Hans van Laarhoven, adviseur Hart&Vaatgroep. De volledige tekst kunt u lezen in het RVZ-advies Medisch-specialistische zorg 20/20. Dichtbij en ver weg.

ziekenhuislandschap per regio georganiseerd moet worden. Ook al zitten daar wel wat haken en ogen aan. De NMa wordt weer genoemd als mogelijk struikelblok. Maar moeten we dan maar niet samenwerken omdat we bang zijn dat het niet mag? Of moeten we wel samenwerken en tegelijkertijd praten met de NMa om straf te voorkomen? Het forum laat zich er niet zo over uit. De meesten zitten met: hoe gaat dat er straks allemaal uitzien? Welke zorgregio's komen er? En wat als er maar één ziekenhuis is in de wijde omtrek? En wat gebeurt er in een krimpregio? Meer vragen dan antwoorden.

Ook het idee van medisch specialisten die een dag per week in de huisarts-

praktijk werken wordt besproken. Veel vragen en kritische kanttekingen: straks willen meer patiënten naar de specialist in plaats van naar de huisarts. 'Patiënten moeten dan toch weer naar verschillende instanties toe, terwijl we nu juist proberen verschillende afspraken op één dag te plannen,' vindt een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie. De voorstanders vegen alle tegenargumenten van tafel. Zij weten uit ervaring dat het juist heel goed werkt in de praktijk.

Level-SEH's

Nog een lastig onderwerp: De Spoed Eisende Hulp (SEH). Minder SEH's? SEH's van verschillende niveaus? Het houdt de gemoederen flink bezig. Eerst

willen de forumleden weten wat een 'level 1-SEH' nou precies inhoudt. En of we straks met patiënten moeten slijpen van level 1 naar level 2 als blijkt dat de zorgvraag bij nader inzien toch complexer is dan men dacht. Ook nu weer een klein aantal voorstanders, en een groot aantal die de kat uit de boom kijken. Nog een punt van zorg: zou je wel genoeg talent kunnen aantrekken voor een level 1-SEH? En haal je de SEH weg, dan wordt de instroom in het ziekenhuis kleiner. Bovendien maakt de acute zorg onderdeel uit van ieder specialisme. 'Gebruik de term 'level' niet in het advies,' waarschuwt een forumlid. 'Dat roept alleen maar weerstand op!'

Tot slot

'We zijn er nog niet,' concludeert Wim terecht. 'Onze visie moet nog groeien en daarop moeten we alle onderwerpen toetsen.' Hoe verhouden alle plannen zich met de NMa? Het forum weet het gewoonweg niet. Uit de hele discussie lijkt 'meer sturing' terrein te winnen ten koste van 'meer marktwerking'. Maar dan wel regionaal. Ook dit keer lijkt de zorgverzekeraar als regisseur geaccepteerd te worden. Hoewel, met toezicht op de publieke taken misschien.

Uitgelicht

Reumabond

- Bij medisch specialistisch handelen dienen (ook) kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief gehanteerd te worden, naast de medisch inhoudelijke professionele standaarden. Medisch specialisten zouden daar actief naar op zoek moeten gaan.
- Vanaf het eerste moment dient zelfmanagement (inclusief bewegen) van de patiënt waar mogelijk bevorderd te worden door de medisch specialist. Medisch specialisten zouden daarin een uitnodigende en proactieve houding moeten tonen.
- Concentratie van reumazorg, dus behandeling door gespecialiseerde instituten indien dit in de perceptie van patiënten meerwaarde oplevert. Niet over de gehele linie, veelal zal juist bereikbaarheid dicht bij huis belangrijk zijn (bijvoorbeeld toedienen/gebruik biologicals/TNF alpha's).
- Meer integrale ketenzorg.

Uit: *Kernpunten visie Reumapatiëntenbond op specialistische zorg*. Deze volledige tekst is ook opgenomen in het RVZ-advies *Medisch-specialistische zorg 20/20. Dichtbij en ver weg*.



Het Forum spreekt over:

IV. Het conceptadvies

Tijdens de vierde en laatste bijeenkomst discussieert het forum over het conceptadvies van de RVZ *Medisch-specialistische zorg 20/20*. Dichtbij en ver weg. Of beter gezegd: over een samenvatting van een conceptadvies.

De RVZ schetst allereerst een vergezicht van de medisch-specialistische zorg in 2020. De kern daarvan is 'zorg dichtbij als het kan, en ver weg als het moet'. Mensen moeten zoveel mogelijk terecht kunnen in een gezondheidscentrum in de buurt, ook voor specialistische, niet al te complexe zorg. Complexe zorg wordt geconcentreerd in een paar centra als dat beter is voor

de kwaliteit. De RVZ heeft duidelijk goed geluisterd naar de patiëntenverenigingen. Dus moeten er veel gezondheidscentra komen, daar is iedereen het over eens. Ook het woord 'vergezicht' valt in goede aarde: dat betekent in ieder geval geen blauwdruk. Naast deze centra moeten er ook zorgnetwerken komen, waarin zorgprofessionals uit de eerste en tweede lijn samenwerken. En daar begint de discussie. Want wat is een zorgnetwerk nou eigenlijk? Wie organiseert dat? Regionaal of landelijk? Horizontaal of verticaal? Enne... die scheiding tussen de eerste en tweede lijn is er toch niet voor niets?

Uitgelicht

Online advies voor huisartsen

TelePsy helpt huisartsen online bij het doorverwijzen van patiënten met psychische en psychosociale problemen. Daardoor komen patiënten snel bij de juiste zorgverlener terecht. De patiënt vult online een aantal tests in, aangepast aan zijn situatie. Een ggz-professional van TelePsy beoordeelt de resultaten en bespreekt deze telefonisch met de patiënt. De huisarts krijgt de diagnose en een advies voor een (eventuele) verwijzing naar de meest geschikte behandelaar. Zo kan snel worden bepaald wat de oorzaak van de problemen is en hoe ernstig die problemen zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft deze vorm van ondersteuning erkend met een betaaltitel, waardoor zorgverzekeraars dit kunnen vergoeden.

Bron: www.telepsy.nl

Huisartsen zorgen als poortwachter er juist voor dat mensen niet te snel naar de tweede en derde lijn gaan.

Laat duizend bloemen bloeien

Om maar met het laatste te beginnen: de huisarts blijft de poortwachter in het RVZ-advies. Een forumlid adviseert om dat duidelijk op te schrijven om misverstanden te voorkomen. Maar nou die zorgnetwerken. Een forumlid vraagt zich af of niet iemand de 'lead' moet nemen bij de ontwikkeling ervan. Een ander vindt van niet, want dat neigt toch weer naar een blauwdruk. Laat duizend bloemen bloeien, voegt een deelnemer daar poëtisch aan toe. Anderen knikken instemmend.

Netwerken moeten vrij kunnen ontstaan, openstaan voor alle partijen, en zich ontwikkelen al naar gelang de

behoefte in de regio. Een zorgverzekeraar ziet wel iets in regionale regie. Door de zorgverzekeraar wel te verstaan. Een forumlid vindt dat de RVZ niet duidelijk genoeg beschrijft wat een regionaal netwerk inhoudt: de rol van de gezondheidscentra en de ziekenhuizen zijn helder, maar wat zit daar nou tussen?

Kwaliteitsnormen: absolute must

Het RVZ-advies windt geen doekjes om de noodzaak van transparante kwaliteitsnormen. Dat is een absolute voorwaarde, valt een forumlid bij, anders is (de)concentratie onmogelijk. Want stel nou dat verzekerden bepaalde zorg in de buurt eisen, terwijl het voor de kwaliteit beter is om te concentreren. Zonder kwaliteitsnormen hebben zorgverzekeraars dan geen been om op te staan. En wat nou als het veld met

Uitgelicht

Specialisatie in Nijmegen en Woerden

De Sint Maartenskliniek is volledig gespecialiseerd in houding en beweging. Patiënten kunnen er terecht voor de behandeling van eenvoudige tot zeer complexe aandoeningen op het gebied van orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde. De Sint Maartenskliniek ziet 'concentratie' niet als doel op zich, maar als een gevolg van specialisatie. Een minimum aantal verrichtingen per jaar doet de overlevingskansen van patiënten stijgen: grotere aantallen en focus loont dus. Maar er zijn meer voordelen van specialisatie. Een hoger kennis- en ervaringsniveau verbetert de kwaliteit van zorg, en de kosten worden lager, bijvoorbeeld door in- en verkoopvoordelen.

Bron: presentatie van Peter Hoppener, bestuurder Sint Maartenskliniek Groep.



te slappe normen komt, oppert Rien, voorzitter van de RVZ. Het forum is het eens met het RVZ-advies: gezaghebbende experts zijn nodig die in dat geval knopen kunnen doorhakken. Een kwaliteitsinstituut dus.

Betalen voor prestaties

De bekostiging doet meer stof opwaaien. Rien geeft de voorzet: De DBC-bekostiging werkt zeer belemmerend voor de realisatie van ons vergezicht. Een kleine kern van het forum stort zich vervolgens op alle ins en outs van de financiering. Waarom zou je de invoering van DOT adviseren, terwijl het niet ideaal is, vraagt een forumlid, waarom niet meteen sturen op gezondheidswinst. Riens gezicht spreekt boekdelen: wat hem betreft liever gisteren

dan vandaag. Toch adviseert de RVZ adviseert om DOT als tussenstap in te voeren; met prestatiebekostiging als het uiteindelijke doel. Tja, soms moet je ook denken aan wat haalbaar is.

Samenwerken en concurreren

Afspraken maken. Dat brengt ons op de rol van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Uit alle gesprekken kwam naar voren dat veel zorgprofessionals uit angst voor de NMa niet eens beginnen aan samenwerken. Want de NMa oordeelt pas achteraf. Daarom adviseert de RVZ dat samenwerkers in spe van te voren een samenwerkingseffectrapportage opstellen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beoordeelt het plan en geeft zo nodig advies voor verbetering. En de

NMa zal bij toetsing achteraf het onderdeel van de NZa vragen en in principe volgen. Het is geen punt van discussie, het forum vindt het een prima idee.

Spoeoedeisende hulp

En dan de SEH's: daar is de laatste tijd zoveel over te doen geweest, dat het nog steeds een zeer gevoelig punt is. De RVZ adviseert de SEH-functie van de ziekenhuizen als publieke taak onder te brengen bij de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv). Spoedhulp, dus niet-klinische SEH, hoort bij het takenpakket van het gezondheidscentrum of de Huisartsenpost. De meeste forumleden zien problemen: zonder SEH missen ziekenhuizen een belangrijk deel van de instroom. Wat levert het nou eigenlijk op, vragen anderen zich af. En waarom moet de overheid het doen? Laat zorgverzekeraars de spoedeisende hulp samen aanbesteden, vindt een zorgverzekeraar.

Sommigen zien juist voordelen: je kan kwaliteitseisen stellen, nu zitten er vaak onervaren artsen op de SEH. En de nachtdiensten zijn duur, vult een ander aan. Een ander idee: Je kan ook een stuk of 20 centra aanwijzen die superkwaliteit leveren, en daarnaast heeft ieder ziekenhuis z'n eigen acute opvangafdeling. Rien merkt op dat in ieder geval de kwaliteit beter moet.

E-health

De RVZ breekt een lans voor landelijk beleid om zo snel mogelijk het

Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) mogelijk te maken. ICT, EPD, het Personal Health Record en e-health zijn voorwaarden voor samenwerking in een netwerk. Alleen met het EPD kom je er niet, stelt een forumlid. Je hebt uniforme data en uniforme standaarden nodig. Een ander vindt dat we niet zomaar moeten weggooien wat we nu hebben, want dan vallen we terug naar de middeleeuwen.

Tot slot

Wim Groot, lid van de RVZ, concludeert dat de RVZ het advies nog eens kritisch moet bekijken. De RVZ zal in het advies goed moeten formuleren waarom de SEH anders georganiseerd moet worden. Daarnaast moet de RVZ duidelijker de positie van de medisch specialist in het geheel beschrijven. De centrale rol van de huisarts moet nog meer benadrukt worden, als poortwachter en als regisseur in het netwerk. En we moeten helder zijn over wat we onder regionale netwerken verstaan.

Het definitieve advies wordt eind oktober 2011 aan de minister van VWS overhandigd. De RVZ is de forumleden zeer dankbaar voor hun bijdrage aan het advies. 'Het is mij buitengewoon goed bevallen,' besluit Rien. 'Jullie hebben van je hart geen moordkuil gemaakt en los van eigen belangen kunnen praten. Ik weet zeker dat we niet in staat waren geweest om tot een kwalitatief volwaardig rapport te komen zonder dat. Hartelijk dank daarvoor.'





Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



