



Betere zorg buiten het ziekenhuis

Over zorgsubstitutie wordt heel wat gepraat en geschreven. Er worden akkoorden en convenanten over gesloten, die de zorg beter betaalbaar en doelmatiger moeten maken. Maar wat betekent het in de praktijk voor de zorgverleners en niet te vergeten voor de patiënt?

Door alle aandacht die het de laatste jaren trekt, zou je bijna denken dat het om iets nieuws gaat. Toch is zorgsubstitutie niets anders dan zorg van het ene 'echelon' naar het andere verschuiven en dat gebeurt al heel lang. In de praktijk is het vooral overheveling van zorg uit het ziekenhuis naar de huisarts, van de tweede naar de eerste lijn dus. Hierbij ontstaan ook mengvormen: de 'anderhalve lijn'. De belangrijkste argumenten die we steeds weer horen zijn: meer doelmatigheid en minder kosten. Het verbetert de samenwerking tussen zorgverleners en houdt de zorg dicht bij de patiënt.

Het uitgangspunt van substitutie is: de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment door de juiste zorgverleners. Een uitgangspunt dat al zo oud is als de indeling van de zorg in echelons: nulde, eerste, tweede en derde lijn. Wat voortdurend verandert, zijn de opvattingen over wat 'juist' is, waarbij het probleem van de stijgende zorgkosten steeds meer gewicht in de schaal legt. Zelfs bij een specialisme als oncologie is substitutie een issue, omdat kan-

ker steeds vaker een chronische ziekte wordt die niet altijd binnen ziekenhuis-muren hoeft te worden behandeld. Nog beter toepasbaar is het op diabetes- en longzorg.

"Echt specialistische zorg moet je niet willen verplaatsen, echte huisartsenzorg ook niet. Maar er is een groot grijs gebied dat zich goed leent voor afspraken over substitutie," aldus Marcel van der Linde, cardioloog in het Drachtse Ziekenhuis Nij Smellinghe en voorzitter van de Werkgroep Substitutie van de Federatie Medisch Specialisten. Ook zijn eigen specialisme bevindt zich wat Van der Linde betreft voor een deel in dit grijze gebied.

Van der Linde vertelt dat in Drachten sinds januari 2016 een substitutieproject in anderhalvelijnsvorm loopt rond cardiologische, dermatologische en orthopedische zorg. "Het is heel belangrijk om daarbij goede afspraken over patiëntselectie te maken. Welke ziektebeelden, klachten, ziektefase en patiëntengroepen lenen zich in een bepaalde regio voor zorg buiten het ziekenhuis? Daar moet je goed over nadenken, want lukt het niet en komt de patiënt alsnog naar het ziekenhuis, dan maak je dubbele kosten."

Maar wat is substitutie nu precies? VWS hanteert deze definitie: 'Het doelbewust en doelgericht vervangen van een voorziening door een andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden. De veronderstelling is daarbij dat substitutie doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere kwaliteit'. Doorgaans gaat het om verschuiving van zorg uit de tweede naar de eerste lijn, die goedkoper is. Dit leidt ook weer tot verschuivingen uit de derde naar de tweede lijn, en uit de eerste naar de nulde lijn. In de kern betreft het vooral goede samenwerking: huisartsen en specialisten die taken van elkaar overnemen, soms in een heel nieuwe setting van anderhalvelijnszorg. Die laatste is zorg voor patiënten die kan worden gedeeld door huisarts en specialist, in een setting buiten het ziekenhuis. De huisarts blijft in de lead en wordt geadviseerd door de specialist.

Metten en evalueren

Substitutie moet niet alleen financiële motieven hebben, aldus Van der Linde. "Het moet geen verkapt bezuinigingsmaatregel zijn. Het moet leiden tot doelmatiger zorg, waarvan kwaliteit, veiligheid en continuïteit zijn gewaarborgd. De patiënt moet worden overtuigd van de meerwaarde, die vervolgens moet worden waargemaakt. Verder moet het ook een keuze van de patiënt zelf kunnen zijn."

Iemand die adviseert bij substitutieprojecten, is Janko de Jonge. Behalve neuroloog in het Eindhovense Catharina Ziekenhuis is hij ook partner bij VvAA voor Zorgondernemingen, het consultancybedrijf van VvAA. In deze >

Anderhalvelijnszorg in de praktijk

PlusPunt Medisch Centrum in Heerlen is opgericht door HuisartsenOZL (Oostelijk Zuid-Limburg) en ziekenhuis Zuyderland MC. In het centrum werken huisartsen en medisch specialisten met elkaar samen. Andere huisartsen kunnen patiënten met niet-spoedeisende hartklachten doorverwijzen. Andere specialismen die het centrum aanbiedt, zijn kno, dermatologie en interne geneeskunde.

Huisarts en medisch directeur Yvonne Guldemond-Hecker: "Kenmerk van onze werkwijze is dat de huisarts de regie houdt bij onze patiënten. In overleg met de specialist bekijken we welke patiënten wij kunnen behandelen en welke naar de tweede lijn moeten. Bijzonder is ook ons maandelijkse inloopsprekkuur. Daar kan de huisarts binnenlopen om met een cardioloog te overleggen." Vraag is of de huisarts voldoende competenties heeft voor deze regierol. Guldemond, zelf ook opleider, vindt van wel: "In mijn ogen zijn jonge huisartsen sowieso sterk opgeleid. En voor de oudere huisartsen is er voldoende nascholing, bijvoorbeeld op het gebied van chronische ziekten, zoals diabetes en COPD. Als we in samenspraak met de cardiologen merken dat er een lacune is bij onze huisartsen, dan bieden we gerichte scholing aan."

Guldemond noemt als voordelen van PlusPunt: "De zorg is goedkoper en de patiënt gaat erop vooruit: die kan binnen drie dagen bij ons terecht, diagnose en behandeling zijn op dezelfde dag en onze bereikbaarheid is goed. Bovendien gaat de geleverde zorg niet ten koste van het eigen risico van de patiënt. Uit onderzoek door Maastricht UMC+ blijkt dat de patiënten tevreden zijn."

Algemeen directeur Esther van Engelshoven benadrukt dat de zorgkosten niet ten laste komen van het macro budgettaire kader huisartsenzorg. "Zorgverzekeraar CZ koopt minder laagcomplexere zorg in bij ziekenhuis Zuyderland MC voor de specialismen die werkzaam zijn in PlusPunt, waardoor daadwerkelijk substitutie van de tweede naar de eerste lijn plaatsvindt."

Maar waarom zorg bieden buiten het ziekenhuis? Van Engelshoven licht toe: "Wij huren hier goedkope vierkante meters, vergeleken met een ziekenhuis. En voor de patiënt is de uitstraling belangrijk. In een ziekenhuis heeft de patiënt een andere beleving en andere verwachtingen van de zorg dan in een anderhalvelijnscentrum. Daar komt bij dat we door de kleinschaligheid goed contact hebben met de gemeente en met andere disciplines, zoals de wijkzorg."

Wat betekent deze constructie eigenlijk voor de betrokken specialisten? Van Engelshoven: "Onze cardiologen zijn enthousiast over de combi van werken in het ziekenhuis en voor PlusPunt. Ze hebben een veel beter beeld gekregen van de huisartsenzorg. De specialisten zijn bij ons in dienst en werken tegen een uurtarief. We hebben wel de juiste persoonlijkheden gezocht. Niet zozeer de technische mensen, maar de menselijke mensen. Die passen beter bij ons centrum."

De uitbreiding van specialismen biedt de mogelijkheid om nog beter onderling samen te werken. Van Engelshoven: "Daar is nog veel winst te behalen, zowel wat de kosten betreft als de kwaliteit. Guldemond vult aan: "Wij denken goed na over welke doelgroepen wij kunnen bedienen. Anderhalvelijnszorg moet niet de zorg van het ziekenhuis vervangen. Maar bij chronisch zieken en bij comorbiditeit bieden wij door de korte lijnen echt meerwaarde. Nu worden deze patiënten nog te vaak van het kastje naar de muur gestuurd."

pluspuntmedischcentrum.nl

> hoedanigheid adviseert hij over bedrijfsvoering en samenwerking. "Anderhalvelijnscentra zijn prima", zegt hij, "mits er een goed businessmodel is en duidelijk is welke zorg wordt aangeboden, welke kosten worden bespaard en niet in de laatste plaats hoe tevreden de patiënt is. Meten en evalueren zijn dus van groot belang." Voor De Jonge staat de patiënt centraal, maar dat maakt de financiële kant niet minder belangrijk. Die betekent: met zorgverzekeraars de plannen goed overleggen en niet weglopen voor de angst dat het ziekenhuis minder capaciteit krijgt. Gaan de inkomsten omlaag? Wat betekent het voor de opleidingen? Komt het ziekenhuis niet met te veel ruimte te zitten? En wat de huisartsen betreft: wordt de werkdruk niet te hoog? Kunnen ze het inhoudelijk aan? "Vaak worden de belangen van de diverse betrokkenen niet goed benoemd, maar dat moet je zeker wel doen."

Geen middel op zich

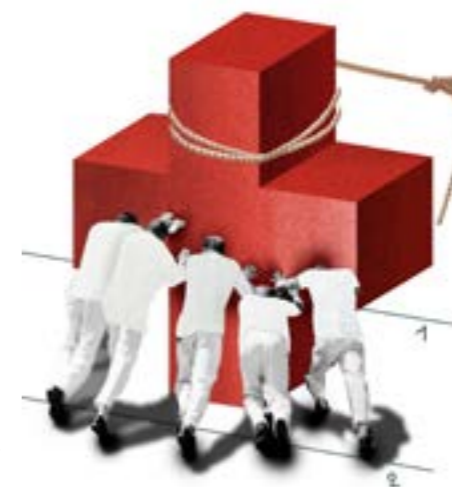
Modellen en blauwdrukken voor substitutieprojecten bestaan er wat De Jonge betreft niet. Elke situatie in elke regio is weer anders. "Je moet het op je eigen manier doen. Belangrijk daarbij is om doelen voor kostenbesparingen, doelmatigheid en kwaliteit op papier te zetten. Die worden namelijk nauwelijks vastgelegd. In onze ogen is dat juist cruciaal voor substitutie: het is geen middel op zich, het verschuiven van zorg moet tot verbeteringen leiden. Bedrijfskundig inzicht is onderdeel van de mix om de zorg te verbeteren."

Marcel van der Linde werkt met de Federatie-werkgroep Substitutie aan een handreiking. Doel is het zorgveld houvast geven bij het lokaal en/of regionaal goed uitvoeren van substitutie. Waaraan moet je denken, hoe organiser je het, hoe maak je een projectplan en businesscase, hoe zorg je dat het logistiek goed loopt, hoe maak je het financieel haalbaar, hoe waarborg je kwaliteit, veiligheid en continuïteit. Moderne technologische middelen als e-health krijgen ook zeker een plek in de handreiking. "Je wilt zorg verplaatsen om het, onder randvoorwaarden, doelmatiger en kostenefficiënter te maken. Dan

moet je ook kijken of dat daadwerkelijk zo is. Je moet dus meten!" De Federatie wil de handreiking graag samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en in samenspraak met Patiëntenfederatie NPCF schrijven.

Koplopers

Het zijn vooral huisartsen en specialisten die moeten nadenken over substitutie en die het initiatief moeten nemen. De Substitutiemonitor (zie het kader hieronder) laat zien dat het nog niet zo'n vaart loopt. Feit is wel dat veel lokale initiatieven 'onder de radar' gaande zijn en nog niet door de monitor zijn opgepikt. Evengoed zijn nog lang niet alle zorgverleners doordrongen van de noodzaak en de onvermijdelijkheid van zorgsubstitutie. Het risico hiervan is dat de zorgverzekeraars het gaan opleggen. "Als je ergens naartoe wilt, kun je beter zelf achter het stuur zitten", benadrukt Janko de Jonge. Een huisarts is vaak blij als een specialist hem in een anderhalvelijnssetting ondersteunt. Omgekeerd is het enthousiasme minder groot: de specialist lijkt bang voor omzetverlies als de huisarts taken overneemt. Wellicht vreest de huisarts een nóg hogere werkdruk. En is hij wel voldoende competent om de specialist te ontlasten? "Je moet het als specialist leuk vinden om af en toe buiten het ziekenhuis te werken en als huisarts om extra uitdagend werk te doen", aldus Van der



Linde. "Het zijn vaak de koplopers die er warm voor lopen, die bij elkaar komen en ideeën hebben hoe zij de zorg in goede banen kunnen leiden. Die trekken de rest hopelijk mee."

De meeste huisartsen staan positief tegenover substitutie, ondanks het groeiende aantal taken van de huisarts en de praktijk. Dat zegt Paulus Lips, LHV-bestuurslid en huisarts in Amsterdam. "Samenwerking tussen artsen is bij substitutie een belangrijke succesfactor, evenals de noodzakelijke (financiële) randvoorwaarden. Zorgverzekeraars kunnen daaraan bijdragen met duidelijke criteria voor de businesscases die artsen moeten aanleveren om een investering in hun substitutieprojecten voor elkaar te krijgen. Hoe minder drempels

er zijn voor substitutie, hoe groter de kans dat het vorm krijgt en dat de taken nog verder verschuiven. Wij denken dat het hiervoor wel noodzakelijk is dat de praktijken kleiner worden, zodat de huisarts voldoende tijd overhoudt per patiënt."

Om de tafel

Plannen voor substitutie zijn van harte welkom bij zorgverzekeraars, waaronder Zilveren Kruis. De juiste zorg op de juiste plek is daarbij het belangrijkste uitgangspunt. In 2014 heeft Zilveren Kruis de eerstelijns aanbieders opgeroepen substitutieplannen in te dienen. "De ongeveer 75 binnengekomen plannen hebben voor een deel tot afspraken geleid", vertelt adviseur zorginkoop Marieke Pronk. "Het enthousiasme was groot, maar vaak ging het om kleine plannen, die niet altijd doelmatiger bleken." Zilveren Kruis heeft daarom elf eerstelijns 'regiotafels' opgericht, waar huisartsen, zorggroepen en gezondheidscentra samen kijken wat aan substitutie kan worden afgesproken, wat medisch mogelijk is, wat echt doelmatiger is in de eerste lijn, en waarvoor draagkracht is bij onder anderen de huisartsen. Pronk: "Er moeten binnen hooguit drie jaar meetbare resultaten te behalen zijn. De afspraken moeten dus gemonitord worden en wij vragen zorgaanbieders zich ook financieel te committeren aan de te behalen resultaten." <

Voorlopige resultaten Substitutiemonitor

Hoeveel zorg van de tweede naar de eerste lijn wordt verplaatst, wordt bijgehouden met de Substitutiemonitor, ontwikkeld door KPMG in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De eerste peildatum was 1 juli 2015. Verzekeraars hadden toen voor zo'n 61 miljoen euro aan substitutieafspraken gemaakt met de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Weliswaar

zijn dit voorlopige resultaten, op basis van ramingen, maar volgens VWS-minister Edith Schippers is het een begin. De zorg waarover de meeste substitutieafspraken werden gemaakt, waren cardiovasculair risicomanagement (CVRM), het plaatsen en verwijderen van een spiraaltje, substitutie van spoedeisende zorg naar de huisartsenpost, kno-zorg, oogzorg, zorg met

betrekking tot dermatologie, cardiologie, osteoporose, diabetes type II, COPD, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg. Een deel van de afspraken is gemaakt binnen de groei-ruimte van 1,5 procent die extra aan de eerste lijn is toegekend voor onder meer substitutie; het andere deel hebben verzekeraars kunnen maken door budget te ver-

schuiven uit andere sectoren. Op de peildatum 1 juli 2015 is het budget dat verzekeraars in de medisch-specialistische zorg en ggz door substitutie hebben 'vrijgespeeld' respectievelijk 48,9 en 14,9 miljoen euro. Hiervan hebben verzekeraars respectievelijk 24,9 en 8,3 miljoen euro geïnvesteerd in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ten behoeve van substitutie.