

Wanneer lukt het wel?



4/29/19

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

Thesis onderzoek in het kader van de opleiding Master of Health Business Administration aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur van Laurens Huisman.

Wanneer lukt het wel?

ONDERZOEK NAAR DE RANDVOORWAARDEN VOOR HET
SUCCESVOL IMPLEMENTEREN VAN DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE
PLEK IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	3
Inleiding	3
Materiaal en methode	3
Resultaten	3
Conclusie	4
Management summary.....	6
Introduction	6
Material and methods.....	6
Results.....	6
Conclusions	7
1 Inleiding	9
2 Context	11
3 Materiaal en Methode.....	14
3.1 Onderzoeksvraag	15
Onderzoeksvraag	15
Deelvragen:	15
3.2 Onderzoeksmodel	16
3.3 Technisch ontwerp.....	17
Onderzoeksdesign	17
.....	17
Verantwoording literatuuronderzoek	17
4 Literatuur onderzoek.....	19
4.1 Historie.....	19
4.2 Bevindingen uit literatuursearch	23
4.3 Analyse van Nederlandse beleidsstukken en rapporten.....	26
4.4 Conclusies uit de literatuur (deelvraag 1).....	28
5 Resultaten uit de Interviews	29
5.1 De Experts	30
Noodzaak van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) volgens de experts	30
Welke mogelijkheden biedt JZOJP volgens de experts?	30
Welke moeilijkheden zal men tegenkomen volgens de experts?	31
Wat zijn succesfactoren volgens de experts?	32
Wat zijn faalfactoren volgens de experts?	34
Wat is de invloed van hoge werkdruk volgens de experts?	35

Wat is de invloed van personeelskrapte volgens de experts?.....	35
Wat is de rol van het ziekenhuis management/bestuur volgens de experts?.....	36
Wat is de rol van de medisch specialist volgens de experts?	36
Wat is de rol van de andere deelnemers: verzekeraar, andere zorg professionals of de patiënt zelf volgens de experts?.....	37
5.2 Casus MijnZorg	39
Inleiding	39
Wat is de noodzaak van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP)?	39
Welke mogelijkheden biedt JZOJP?.....	39
Welke moeilijkheden is men tegengekomen?	40
Wat zijn succesfactoren?	40
Wat zijn faalfactoren?.....	41
Wat is de invloed van hoge werkdruk?	42
Wat is de invloed van personeelskrapte?.....	42
Wat is de rol van het ziekenhuis management/bestuur?	42
Wat is de rol van de medisch specialist?.....	43
Wat is de rol van de andere deelnemers: verzekeraar, andere zorg professionals of de patiënt zelf?	43
5.3 Casus Rivas.....	44
Inleiding	44
Noodzaak van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP).....	44
Welke mogelijkheden biedt JZOJP?.....	44
Welke moeilijkheden is men tegen gekomen?	45
Wat waren de succesfactoren?.....	45
Wat waren de faalfactoren?.....	46
Wat is de invloed van hoge werkdruk?	46
Wat is de invloed van personeelskrapte?.....	46
Wat is de rol van het ziekenhuis management/bestuur?	46
Wat is de rol van de medisch specialist?.....	47
Wat is de rol van de andere deelnemers: verzekeraar, andere zorg professionals of de patiënt zelf?	47
5.4 Conclusies	48
Deelvraag 2.....	48
Deelvraag 3.....	48
Deelvraag 4.....	49
Deelvraag 5.....	50
6 Discussie en Conclusie	51
Urgentiebesef	51
Werkdruk.....	51
Datamanagement.....	52
Personeelskrapte.....	52
Rol ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten.....	53
Financiering van de JZOJP en de rol van de verzekeraars.....	53
Beperkingen van deze thesis.....	54
Keuzes maken	55
7 Aanbevelingen	57
8 Dankwoord.....	59
9 Lijst van afkortingen.....	60
10 Literatuur	61
Bijlage 1: Lijst geïnterviewde personen	64
Bijlage 2: Topiclijst interviews	65

SAMENVATTING

Inleiding

Het hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg is gesloten in 2018. Het rapport: “De Juiste Zorg Op de Juiste Plek” heeft als basis hiervoor gediend en is de strategische richting waar ons zorgstelsel zich naar toe moet ontwikkelen. Het hoofdlijnenakkoord geeft aanwijzingen voor de te volgen tactiek. Dit houdt niet alleen verplaatsing in van zorg van de 3^e naar de 2^e lijn en van de 2^e naar de 1^e of zelfs de 0^e lijn. Ook moet de zorg anders vormgegeven worden door meer te delegeren en de zorgpaden transmurale vorm te geven. Dit vraagt om verandering over organisaties heen, waardoor op basis van samenwerking alles tot stand moet komen. Deze thesis behandelt de randvoorwaarden die voor deze samenwerking noodzakelijk zijn, waarbij de focus ligt op de rol van het management in het ziekenhuis en de rol van de medisch specialist.

Materiaal en methode

De literatuur is door middel van een gestructureerde search doorzocht via de databases van Pubmed en Scopus. De search string is opgebouwd rondom de trefwoorden: succes factoren, faal factoren, integrated care systems, accountable care systems, managed care systems en triple aim. Hiermee zijn 1290 titels geïdentificeerd, waarvan uiteindelijk 11 relevant voor dit onderzoek bleken. Daarnaast zijn er veel rapporten en beleidsstukken openbaar, die ook veel informatie bevatten over het zorgsysteem in Nederland. Deze stukken zijn ook doorgenomen voor mogelijke randvoorwaarden die specifiek voor Nederland zijn. De gevonden condities zijn geverifieerd door het houden van interviews met bestuurders van ziekenhuizen in Nederland, medisch specialisten die ook bekend zijn met de bestuurlijke kant en experts. Als experts zijn hoogleraren op het gebied van integrale zorg en zorg innovatie gesproken en consultants van grote bureaus die diverse ziekenhuizen hebben ondersteund bij het anders vormgeven van zorg. Het is qua opzet een probleem-analytisch onderzoek.

Resultaten

In Amerika is een lange historie van op bedrijfsmatige wijze kijken naar zorg. Een systematic review van Tabriz et al uit 2017, gaat in op de redenen van het falen van Health Maintenance Organizations (HMO's) in Amerika en welke lessen daaruit geleerd kunnen worden voor de door Obama care in 2010 ontstane Accountable Care Organizations. Een belangrijke bevinding is dat de beide systemen in theorie ontworpen zijn om de gezondheidszorg te verbeteren, maar in de echte wereld bleken de incentives gericht op het beteugelen van de uitgaven. Een van de grootste en succesvolle zorgorganisaties in Amerika is Kaiser Permanente. Een van hun succesfactoren is managementparticipatie in alle lagen van de organisatie van zorg professionals. Zij hebben in 1973 model gestaan voor het Amerikaanse zorgsysteem met HMO's. In 1989 heeft Don Berwick een artikel gepubliceerd over het gebruiken van de PDCA-cyclus in de gezondheidszorg. Dit viel in goede aarde bij het management van Kaiser Permanente. Zij hebben de PDCA-cyclus daarna in hun organisatie geïmplementeerd. Don Berwick heeft in 2008 de term Triple Aim geïntroduceerd. Dit staat voor verhoging van de kwaliteit van zorg, verbetering van de gezondheid van de populatie en verlaging van de zorgkosten per hoofd van de populatie.

Uit de literatuur search komen diverse elementen naar voren die allen belangrijk zijn voor het creëren van integrale zorg. Deze zijn gecombineerd met de bevindingen uit de interviews en de Nederlandse beleidsstukken. Dit levert verkort de volgende resultaten op:

- Stel de problematiek van de patiënt centraal hierdoor wordt een gezamenlijk doel gecreëerd, waar de zorgprofessionals zich meestal in kunnen vinden.
- Zorg dat de relatie tussen de diverse zorgorganisaties goed is en zij elkaar vertrouwen, deze rol is weggelegd voor de raden van bestuur van deze organisaties.
- De zorgprofessionals uit de verschillende zorgorganisaties moeten elkaar en elkaars expertise leren kennen. Dit kan alleen als ze tijd en ruimte krijgen om dit te doen, niet alleen in het begin maar blijf continu onderling overleg faciliteren en stimuleren.
- Begin klein en alleen met enthousiaste zorgprofessionals en faciliteer deze maximaal.
- De drive voor de vernieuwing moet voortkomen uit de nieuwsgierigheid van de zorgprofessionals zelf en de intrinsieke motivatie om dit voor hun patiënten te willen doen.
- De successen uit deze kleine projecten moeten gevierd en gecommuniceerd worden.
- Dit alles zorgt voor onderling vertrouwen en een grotere groep die ook welwillend is om te veranderen.
- Benoem potentiële pijnpunten eerlijk en beschouw ze als een gezamenlijk probleem.
- Regel goede stuurinformatie en goede medisch inhoudelijke informatie, zodat er een permanente PDCA-cyclus ontstaat en decision support mogelijk is. Deze informatie is noodzakelijk voor het bewijzen van het succes, maar mag geen extra registratielast veroorzaken.
- Zorg voor een levensvatbaar financieel kader voor als de pilotfase voorbij is.

Conclusie

De grote uitdaging volgens alle geïnterviewden zit in de manier hoe de chronische zorg vormgegeven moet worden. Ook hebben mensen tegenwoordig echt andere zorg en ondersteuning nodig dan vroeger en de mensen, die het kunnen, willen steeds meer regie over hun eigen gezondheid.

Er zijn twee manieren om minder zorg in de ziekenhuizen te leveren. De ene manier is meer zorg het ziekenhuisgebouw uit te plaatsen naar de mensen thuis, maar nog wel onder de verantwoordelijkheid van de specialisten in het ziekenhuis. De andere manier is om de instroom naar het ziekenhuis te beperken door huisartsen weer zelf te laten doen, wat zij zelf kunnen. Daarnaast kunnen patiënten meer aan zelfmanagement doen, waarna zij überhaupt geen arts meer hoeven te zien. Om het succes te bewijzen van de zorgverschuiving en te streven naar uitkomstgerichte zorg, moet echter meer geregistreerd worden. Dit moet geadresseerd worden, want het verminderen van de registratielast is ook een door de politiek gesteld doel.

De huidige werkdruk in de ziekenhuizen en de gehele zorgsector ligt hoog, evenals de registratiedruk. Uitplaatsing van routine werkzaamheden zorgt voor minimale verlaging van de werkdruk. Dit kan verklaard worden door het verdwijnen van laag complexe problematiek, die men op de automatische piloot afhandelde. De specialist moet nu continu nadenken en is daardoor meer tijd per patiënt kwijt. Minder routinematig werk en interessantere problematiek zorgen wel voor duidelijke verhoging van het werkplezier bij medisch specialisten.

De huidige personeelskrapte lijkt alleen in de Nederlandse situatie urgent. De krapte wordt door de bestuurders als stimulans gezien om veranderingen in de zorg voor elkaar te krijgen.

Alles draait om vertrouwen in elkaar, dit moet men voeden en borgen. Binnen diverse ziekenhuisorganisaties wordt het onderlinge vertrouwen van de raad van bestuur en de medisch specialisten geoptimaliseerd door een gedragen vertegenwoordiging van de medische staf aan te laten sluiten bij alle bestuursoverleggen. Hier wordt alles op basis van consensus besloten, zonder dat de juridische eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur wordt aangepast. Dit zorgt voor medisch specialisten die als ambassadeurs de gemaakte keuzes kunnen uitleggen.

Als laatste dient de financiering van de zorg genoemd te worden en de rol van de verzekeraar. Zij zijn als verdeler van het geld in staat de zorgtransitie te faciliteren en eventuele financiële gevolgen te verzachten. Zij lijken dan ook de meest geëigende partij om de regierol binnen de zorgtransitie op te pakken.

MANAGEMENT SUMMARY

Introduction

In 2018 the Dutch government closed an agreement with relevant partners in the field of medical specialist care. The foundation for this agreement was formed by the “De Juiste Zorg Op de Juiste Plek” report. This can be translated as “the right care on the right spot”. This report points out the strategic goal for the healthcare system in the Netherlands. Moving specialist care from academic medical centers to general hospitals is only a part of this plan. The major part is moving specialist care back to general practitioners or even to homecare or selfcare. This movement requires collaboration between care organizations so transmural care pathways can be developed. This thesis has searched for the conditions necessary for this collaboration and is focused on the part the hospital management and the medical specialist has to play.

Material and methods

International body of literature is searched through the databases of Pubmed and Scopus. A search string was built around the keywords: factors for failure, factors for success, integrated care systems, accountable care systems, managed care systems and triple aim. 1290 titles were identified of which 11 were relevant for this thesis. Governmental reports about this subject in the Netherlands were analyzed for relevant conditions specific for the Dutch situation. These reports are publicly available. Verification of the found conditions was performed through interviews with members of the board of general hospitals, medical specialists familiar with the management perspective and experts. The experts were professors in the field of integrated care and health innovation and consultants of big consultancy firms involved in health innovation in hospitals. This thesis was conducted as a problem-analysis research.

Results

Looking at healthcare in a business-like way has a long history in America. A systematic review by Tabriz et al in 2017 focused on the reasons for failure of health maintenance organizations (HMO's) in the United States and which lessons could be learned for Accountable Care Organizations (ACO's). The ACO's were created after the introduction of Obamacare in 2010. Tabriz expressed that both systems were originally created to enhance healthcare, but in the real world the financial incentives were put in place to curtail the expenses in healthcare. One of the biggest and successful healthcare organizations in the United States is Kaiser Permanente. One of the keyfactors for being so successful is the management participation of care professionals throughout the organization of Kaiser Permanente. The healthcare reform in 1973 to HMO's was inspired by their business model. In 1989 Don Berwick published an article about the use of a PDCA cycle in healthcare. The board of directors of Kaiser Permanente was inspired by this article and implemented the PDCA cycle in their organization. Don Berwick also introduced Triple Aim in 2008, meaning raising the quality of provided care, raising the health of a defined population and reducing the cost of healthcare per capita of that population.

Several important factors were found in the searched literature for implementing integrated care. These findings were combined with results of the interviews and analyses of the governmental reports. Summary of these findings are:

- Create a common goal around the patient and his problems. Professionals will agree most of the time about the solution found.
- The collaboration of care organizations will only happen if they trust each other and have a good relationship. This is for the board of directors to fulfill.
- Healthcare professionals of different care organizations have to get acquainted and develop knowledge of each other's expertise. This requires time and space, not only in the beginning but continuous. Facilitate and stimulate joint case discussions.
- Start small and use only motivated care professionals and give them a lot of support.
- The drive for innovation starts with the curiosity of professionals and the intrinsic motivation to take better care of their patients.
- Successes of these small projects must be celebrated and communicated.
- All these will promote mutual trust and create a bigger group of care professionals willing to change.
- Be clear about the potential problems and address these as a collective problem.
- Management information and medical information is essential for creating a permanent PDCA cycle and decision support systems. This information is necessary for proving the successful change, but should not create extra administrative burden.
- Viable financial arrangements are necessary for the real live future after the pilot phase.

Conclusions

The major challenge we face is the way chronic care has to be delivered. People really need different care and support nowadays and the people who are able to, want to be more in control of their own health.

There are two ways to deliver less care inside the hospitals. The first way is outplacement of care outside the hospital building, but still under the authority of the medical specialist. The second way is to diminish the patient flow towards the hospital, by educating the general practitioners to deliver the care themselves and by teaching the patients self-management skills, so don't need to see any doctor. The registration burden will become bigger because of the need to prove the success of healthcare changes as well as the direction of the Dutch government towards outcome-controlled care. This problem has to be addressed, while reducing the administrative burden is also a goal set by the Dutch government.

The workload is high in hospitals and care organizations in the Netherlands, as is the registration burden. Outplacement of routine tasks will minimally diminish the workload for the medical specialists. This can be explained by disappearance of routine problems, which could be handled on automatic pilot. Now the medical specialist has to think about the best treatment for each patient separately, which will take more time per patient. Luckily less routine tasks and more interesting cases will create a significant rise in job satisfaction for them.

It seems the shortage of personnel is a typical Dutch problem, because the international literature doesn't mention this. The shortage is seen by the board of the hospitals as a stimulus for changes needed in way care is delivered.

Trust is the main pillar, trust must be earned, fed and maintained. In hospital-organizations there is a lot of distrust between board of directors and medical staff. The solution for this issue in hospitals is adding a delegation of medical specialists to the board meetings. All decisions in these board

meetings are made in consensus, without changing the legal responsibilities of the board members. These delegated medical specialists can act as ambassadors for the sometimes-difficult choices made.

Last but not least the finance issue of healthcare must be addressed and the roll insurers play in the Netherlands. The insurance companies seem to be the most appropriate person to take the lead in the transition of care, as the divider of the money. They are the most suited to facilitate the transition of care and to ease the financial consequences for all parties involved.

1 INLEIDING

In het regeerakkoord van 2017 staat: “Uitgangspunt is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment” (Regeerakkoord, 2017). Na het regeerakkoord zijn een 3-tal initiatieven gestart die onderling informatie uitwisselden. Ten eerste is in opdracht van Actiz, InEen, KNGF, LHV, PFN, PPN, V&VN en ZN door KPMG het rapport: “De Juiste Zorg op de Juiste Plek – onderzoek naar condities en consequenties” opgesteld (KPMG, 2018). Ten tweede is een taskforce opgericht onder voorzitterschap van het ministerie van VWS die het rapport ‘De Juiste Zorg op de Juiste Plek’ heeft geschreven (VWS, 2018). Ten derde zijn de onderhandelingen gestart voor het hoofdlijnenakkoord MSZ (Medisch specialistische Zorg). Het hoofdlijnenakkoord is op 4 juni 2018 ondertekend door alle grote partijen in het zorglandschap van de medisch specialistische zorg (NFU, NVZ, VWS, FMS, V&VN, ZN, ZKN en de Patiëntenfederatie Nederland) (MIN VWS, 2018). De reden om het hoofdlijnenakkoord te sluiten is het beteugelen van de uitgaven aan medisch specialistische zorg, aangezien de toename van kosten andere collectieve voorzieningen in gevaar kan brengen (“het koekoeksjong effect”). De komende jaren zal de impact van dit rapport op de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen groot zijn. Inmiddels bestaan er bij diverse organisaties werkgroepen om de consequenties voor de desbetreffende zorgtak uit te werken. Wat vaak gezien wordt is dat deze werkgroepen medisch inhoudelijk gedreven zijn en minder oog hebben voor de randvoorwaarden die essentieel zijn om een dergelijke transitie voor elkaar te krijgen.

**ALS JE FOCUST
OP KOSTEN, GAAT
DE KWALITEIT OMLAAG**

**ALS JE FOCUST
OP KWALITEIT,
GAAN DE KOSTEN
OMLAAG**

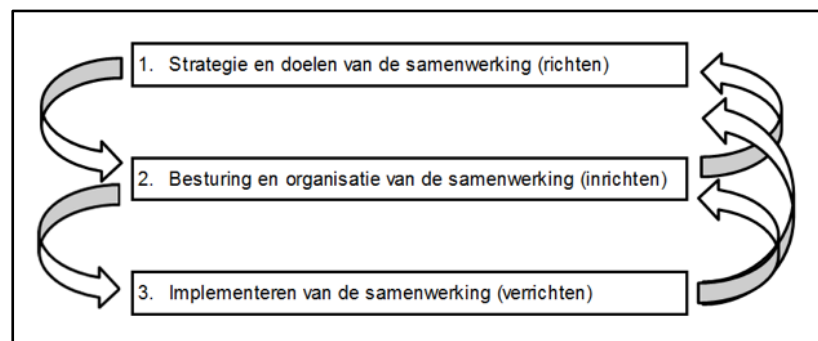
Loesje

BRONNEN VAN TOEGANGSRECHTEN 1.2

De regering schetst in het hoofdlijnenakkoord een beeld hoe de stijgende kosten in de zorg te beteugelen zijn door de juiste zorg op de juiste plek door de juiste persoon geleverd te laten worden.

In het rapport wordt de richting geschetst waar de gezondheidszorg in Nederland de komende jaren naar toe moet groeien en het hoofdlijnenakkoord geeft ook aan dat de beteugeling van de zorgkosten bewerkstelligd dient te worden door verplaatsing van de zorg van de 3^e naar de 2^e lijn en van de 2^e lijn naar de 1^e lijn of zelfs de 0^e lijn (zelfmanagement).

De geschetste opgave in het hoofdlijnenakkoord is – in veranderkundige termen - een 3^e orde-vraagstuk: het gaat over de transitie van zorg tussen verschillende organisaties. Dit vraagt van organisaties om hun strategie hiermee congruent te maken en vraagt aandacht voor de afspraken tussen de professionals en het management. Organisaties moeten met elkaar



Figuur 1.2: aanpak voor strategische samenwerkingen in 3 fasen-richten-inrichten-verrichten (Berenschot, 2018)

tot afspraken komen om samenwerking in de zorg op de juiste manier in te richten, zodat uiteindelijk de professionals van de verschillende organisaties soepel kunnen samenwerken over de organisaties heen, het daadwerkelijke verrichten (zie figuur 1.2).

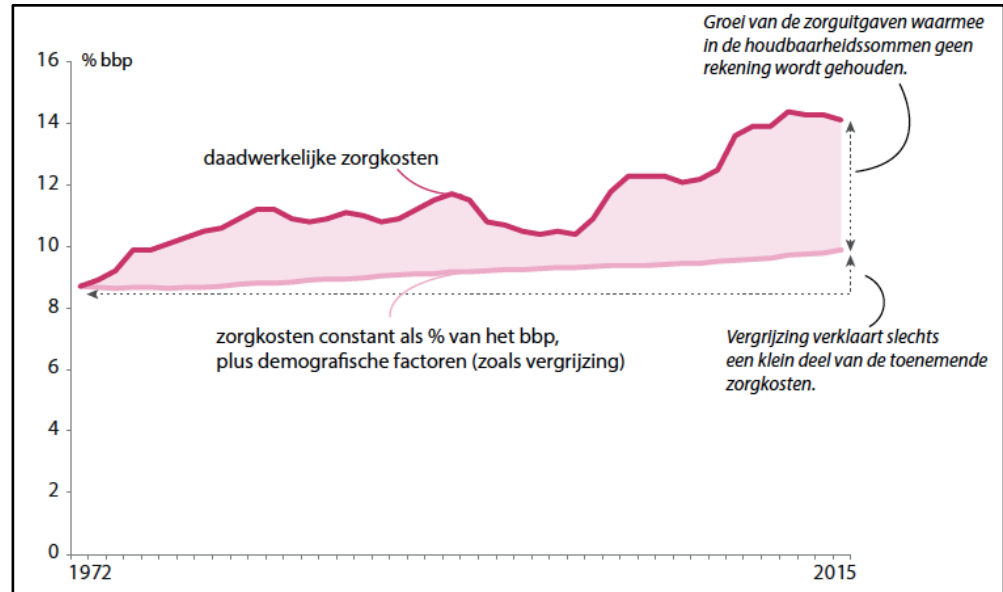
Het model van richten, inrichten en verrichten sluit aan op het bekende onderscheid tussen strategisch, tactisch en operationeel management. De woorden strategie en tactiek werden geïntroduceerd in de Europese militaire literatuur in de 18^e eeuw. Strategie komt oorspronkelijk uit het Grieks en betekent: “The art of the leader or general” (Ackoff, 1990). Dit gedachtegoed is al 2400 jaar oud en voor het eerst opgeschreven door Sun Tzu in “The art of war” (Giles, 1910). Hierin wordt beschreven dat het hebben en uitdenken van een strategie essentieel is voor het slagen van een oorlog. Pas daarna dient

men na te denken over de te volgen tactiek en als laatste over hoe de operatie/veldslag uit te voeren. “The art of War” geeft aan dat niemand jouw strategie moet kennen, wat in het kader van oorlogsvoering zeer logisch is maar in het kader van beleid niet.

Het rapport “De Juiste Zorg op de Juiste Plek”, kan gezien worden als de strategische richting die de regering met ons gezondheidszorgsysteem op wil gaan en het richt daarmee de discussies en de veranderingen binnen de gezondheidszorg voor de komende jaren. Het hoofdlijnenakkoord geeft daarnaast aanwijzingen over de te volgen tactiek, namelijk het verplaatsen van zorg. Nu is het belangrijk om over de noodzakelijke randvoorwaarden na te denken waarbinnen de zorgaanbieders een klimaat kunnen scheppen om initiatieven te verzinnen, uit te werken en te implementeren die passen bij de lokale situatie.

2 CONTEXT

De MSZ bedraagt ongeveer 25 miljard euro per jaar van het totale zorgbudget van 90 miljard euro per jaar. Zoals te zien is in figuur 2.1 groeit de MSZ sinds 1972 met ongeveer 3,5% reële groei per jaar (CPB, 2016). De financiële doelstelling in het hoofdlijnenakkoord luidt als volgt: ‘voor de medisch-specialistische zorg is macro een maximale



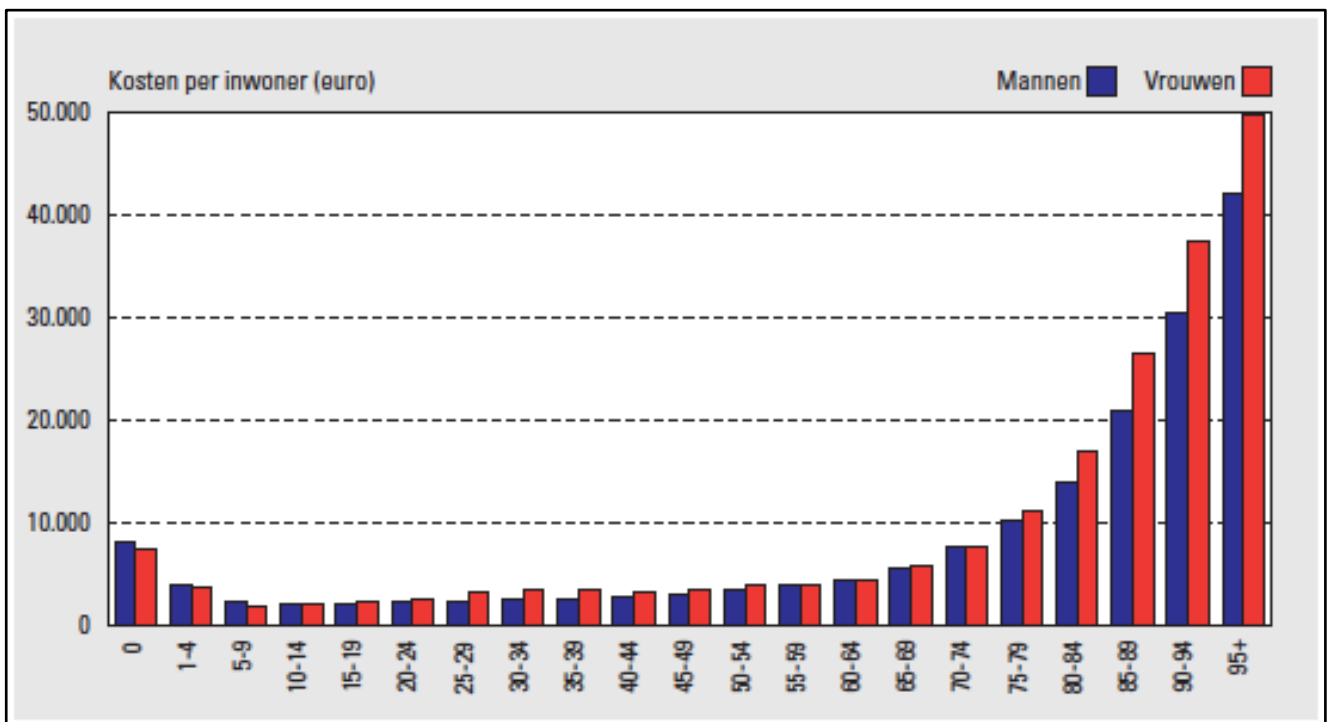
Figuur 2.1: grafiek uit CPB policy brief: Zorgfinanciering leidt tot herverdeling (CPB, 2016)

volumegroei beschikbaar van 0,8% in 2019, 0,6% in 2020, 0,3% in 2021 en 0,0% in 2022, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling.’ De historische groei van 3% per jaar ombuigen naar 0% per jaar is een behoorlijke opgave. Saillant is wel dat juist in het oorspronkelijke rapport “De Juiste Zorg op de Juiste Plek: onderzoek naar condities en consequenties” van de KPMG expliciet genoemd wordt: ‘Een andere observatie die we hebben is dat er soms onrealistische (financiële) verwachtingen zijn over wat de Juiste Zorg op de Juiste Plek op de korte termijn kan opleveren. De Juiste Zorg op de Juiste Plek heeft veel potentie om de kwaliteit van de geleverde zorg en de patiënttevredenheid te verhogen.’ (KPMG, 2018).

Het zorgsysteem is al eeuwen ingericht op het leveren van acute zorg. Vrij recent is de zorgvraag veel diverser geworden. De huidige stand van de medische wetenschap heeft ervoor gezorgd dat vele ziektes niet meer dodelijk zijn, maar chronische ziektes zijn geworden. Deze verschuiving naar chronische zorg vraagt om een paradigma shift: van zo snel en goed mogelijk het probleem oplossen en uit controle ontslagen worden, naar continu in de gaten houden en zo vroeg mogelijk te corrigeren om te zorgen voor zo min mogelijk ongeplande zorgcontacten vanwege exacerbaties van de chronische ziekte.

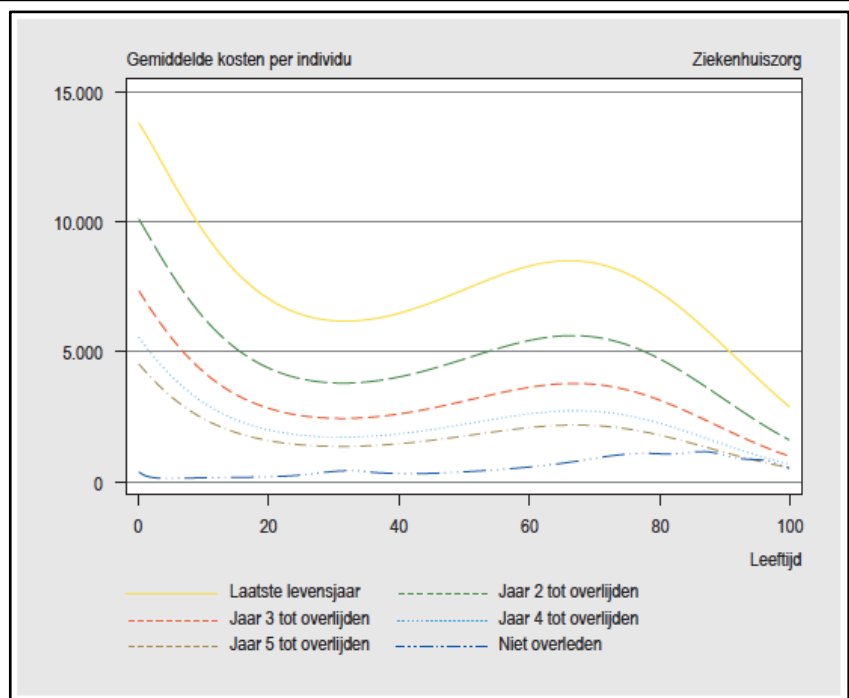
De vraag is of het daadwerkelijk gaat lukken om de kosten te beteugelen, misschien is het hoogst haalbare om de groei te dempen. In figuur 2.1 is duidelijk te zien dat slechts een beperkt gedeelte van de kosten toe te rekenen zijn aan de vergrijzing. $\frac{3}{4}$ van de toename is toe te schrijven aan technologische vooruitgang. Door toch te kijken naar de vergrijzing is te zien in figuur 2.2 dat naarmate men ouder wordt de zorgkosten toenemen. Door in te zetten op preventie schuift de grafiek naar rechts en wordt dus de zorg paradoxaal genoeg alleen maar duurder, want we worden dan steeds ouder. Hier moet wel nuance in aangebracht worden. Kijkend naar figuur 2.3 is te zien dat de ziekenhuiskosten vooral in het laatste levensjaar worden gemaakt en naarmate men ouder wordt deze kosten steeds lager worden. In het RIVM rapport: “Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing.” uit 2008 staat dat de kosten voor de ouderenzorg gaan in de

hoge leeftijdscategorie juist weer omhoog gaan. Dit verklaart waarom in figuur 2.2 de totale zorgkosten toch stijgen bij zeer oude mensen.



Figuur 2.2 Gemiddelde zorgkosten per inwoner van Nederland in 2005, naar leeftijd en geslacht. Bron: (Poos, Smit, Groen, Kommer, & Slobbe, 2008)

De geschetste opgave is niet uniek voor Nederland. Men ziet dat in de westerse wereld allerlei initiatieven ontplooid worden om de kosten voor de gezondheidszorg betaalbaar te houden. Deze opgave staat in andere landen bekend onder de noemers: “accountable care system”, “integrated care system” of “triple aim”. Hier zijn in diverse landen voorbeelden van te vinden, onder andere in Amerika, Engeland, Duitsland en ook in Nederland zelf. In Nederland is men in 2014 gaan experimenteren in zogenaamde proeftuinen. Caroline Baan vertelt in haar oratie “Integrale gezondheidszorg, meer dan de som der delen” uitgesproken op 12 juni 2015 aan de Tilburg University over het in samenhang vormgeven van preventie, zorg en welzijn om daarmee de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van zorg te verbeteren en de groei in zorgkosten te verlagen (Baan, 2015). Zij bekleedt



Figuur 2.3 Ziekenhuiskosten in de laatste vijf jaar tot overlijden in 2000. Bron: (Wong, Kommer, & Polder, 2008)

hier de leerstoel Integrale gezondheidszorg, welke mogelijk gemaakt is door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Onder leiding van Caroline Baan heeft afgelopen december het RIVM het rapport uitgebracht “Regio’s in beweging naar een toekomst bestendig gezondheidssysteem”, waarin de proeftuinen geëvalueerd worden (RIVM, 2018). Ook al lijken de diverse systemen onderling wel iets te verschillen, toch is de grondslag wel hetzelfde, namelijk het nastreven van verbeterde gezondheid van de populatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en (daardoor) verlaging van de kosten. Dit zijn de Triple aim doelstellingen die door Don Berwick ontwikkeld zijn eind jaren tachtig en begin negentiger jaren. Don Berwick is een van de oprichters van het Institute for Health Improvement (IHI) in 1991 (IHI, 2019). Sommige auteurs voegen daarbij nog de 4^e aim en spreken dan van quadruple aim, vaak is dit werkplezier van de professionals (Bodenheimer & Sinsky, 2014).

Nog meer werk met dezelfde hoeveelheid mensen doen op dezelfde manier zal niet mogelijk zijn. Want niet alleen in de medisch specialistische zorg loopt de werkdruk steeds verder op en lopen mensen weg uit de ziekenhuizen en raken burn-out, maar ook in de eerstelijns zorg en in de wijkverpleging. Vervangers zijn steeds moeilijker vindbaar, waardoor de druk op de zittenblijvers toeneemt. Ook de toenemende registratiedruk, zorgt voor steeds meer werk. De huidige generatie Elektronische Patiënten Dossiers (EPD's) voldoet niet aan de verwachtingen van de medisch specialisten, zij zijn dan ook teleurgesteld in de beloftes die hen door de technici en het management waren gedaan. Ook het voorschot wat genomen is op de efficiency slag die gemaakt zou worden bij het invoeren van een nieuw EPD is de registratielast niet ten goede gekomen. In de ziekenhuizen waar een EPD is ingevoerd is namelijk veel ondersteunend personeel wegbezuinigd, omdat het niet meer nodig zou zijn, daarbij had deze bezuiniging op administratief personeel als bijkomend voordeel dat daardoor de businesscase voor het invoeren van een EPD positief werd. Dit alles wordt fraai omschreven in een uitgebreid artikel van Atul Gawande in de New Yorker: “Why doctors hate their computers.” (Gawande, 2018). Het huidige adagium in de ziekenhuizen van de registratie aan de bron betekent in de dagelijkse praktijk dat de specialist zelf de codering van zijn werkzaamheden doet en niet automatisch of met een druk op de knop in het EPD.

Deze thesis focust zich op wat er nodig is om de transitie van zorg van de derde naar de tweede naar de eerste en nulde lijn in de praktijk te realiseren en de dilemma's die daarbij aan de orde zijn. De wetenschappelijke relevantie van deze thesis is dat in de literatuur vooral gesproken wordt over de algemene regels die in acht genomen moeten worden. De maatschappelijke relevantie van deze thesis zit hem in het feit dat op lokaal en regionaal niveau, vooral gekeken wordt naar de invulling van de verandering en minder naar de regionale randvoorwaarden waar ook aan voldaan moet zijn om het verandertraject te laten slagen. Het algemene ziekenhuis (“tweede lijn”) is het perspectief van waaruit deze thesis geschreven is, met speciale aandacht voor de rol van het management en de rol van de medisch specialist.

3 MATERIAAL EN METHODE

Het doel van de thesis is om de randvoorwaarden -zowel van managementzijde als van medisch specialistische zijde- te duiden om een zo groot mogelijke kans te creëren tot implementatie van de Juiste Zorg op de Juiste Plek door de juiste persoon.

“De Juiste Zorg op de Juiste Plek” (JZOJP) gaat over een zorgproces met meerdere stakeholders in de 1^e, 2^e en 3^e lijn en het strategisch onderzoek over hoe deze zorg op een kwalitatief zo goed mogelijk niveau georganiseerd kan worden. De rust en tijd nemen voor het uitwerken van daadwerkelijke zorgverschuiving met professionals uit de verschillende (lijn)organisaties is een uitdaging: de huidige werk (productie) druk in de ziekenhuizen en in de gehele zorgsector is hoog, evenals de administratieve lastendruk. Deze wordt voor medisch specialisten op dit moment ingeschat op zo’n 2 volle dagen per week (FMS, 2018).

Om deze dialogen te kunnen voeren en verschuivingen te realiseren, dienen de professionals van de 1^e, 2^e en 3^e lijn met elkaar het gesprek hierover te hebben en vervolgens ondersteuning te krijgen bij het daadwerkelijk uitvoeren hiervan. Het is dan ook van groot belang om op voorhand zicht te hebben op de noodzakelijke randvoorwaarden die ingevuld moeten worden. Een belangrijk aspect hierbij is de rol van de medische professionals en het management van de ziekenhuizen. Hoe dienen deze zich ten opzichte van elkaar te gedragen, wat moet de een juist wel doen en juist niet en vice versa.

De literatuurstudie is aangewend om de randvoorwaarden voor verandering die specifiek zijn voor zorgsystemen op te zoeken. Ook is in de literatuur gezocht naar de spanning tussen verbetering van de gezondheid, kwaliteit van zorg en verlaging van kosten. Daarvoor is de literatuur rondom integrated care systems gebruikt. Andere termen die hiervoor gebruikt worden in de literatuur zijn: accountable care systems (UK), accountable care organizations (USA) of managed care (USA).

De in de literatuur gevonden condities zijn gecompleteerd met inzichten uit de Nederlandse situatie, verkregen door interviews met experts en betrokkenen (medisch specialisten en bestuurders) bij twee casussen. Een topiclijst heeft als handvat gediend. De actuele uitdagingen op het gebied van werkdruk en personele krapte zijn daarbij meegenomen in de interviews.

Dit alles om de geleerde lessen beschikbaar te maken voor een groter publiek. Om dit grotere publiek te bereiken zal een artikel in het Medisch contact gepubliceerd worden.

3.1 Onderzoeksvraag

Het inrichten van de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen door het rapport “Juiste Zorg op de Juiste Plek” is samengevat een wijze om kostenbesparing te realiseren door kwaliteitsverbetering. In deze thesis is op zoek gegaan naar de randvoorwaarden die nodig zijn. Ook het gedrag en opstelling van de medisch specialisten en het ziekenhuis management om dit succesvol te kunnen doen is onderzocht. Het is qua opzet een probleem-analytisch onderzoek.

Onderzoeksvraag

Welke factoren zijn noodzakelijk voor het succesvol implementeren van De Juiste Zorg Op De Juiste Plek in ziekenhuizen zowel vanuit de managers als vanuit de professionals gezien?

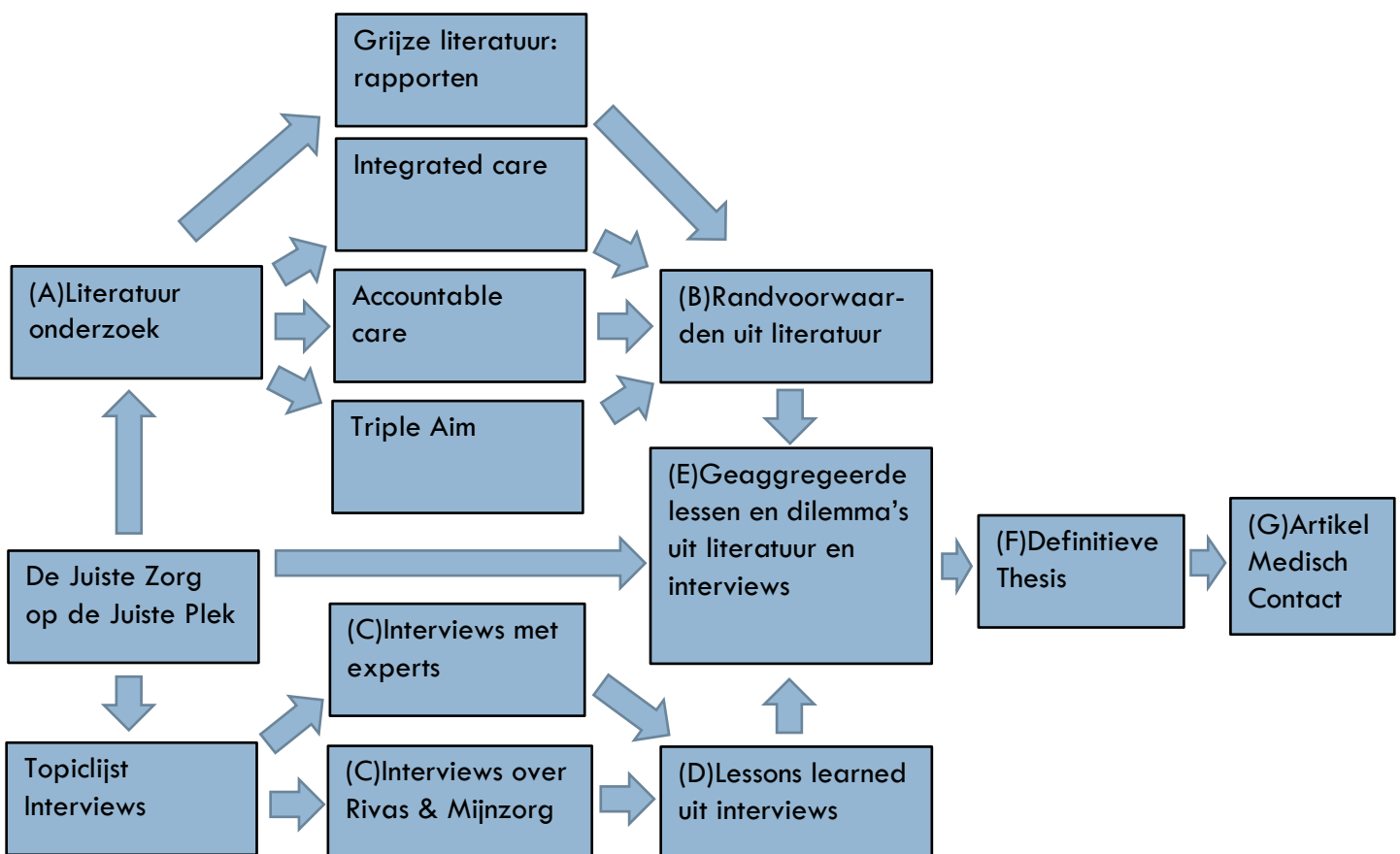
Deelvragen:

1. Wat is er in de literatuur te vinden over succes- en faalfactoren van integrale zorg systemen in binnen- en buitenland?
2. Wat kunnen we leren van de huidige initiatieven in Nederland, in het bijzonder over de rol van ziekenhuis (management/bestuur) en medisch specialisten?
3. Welke mogelijkheden en moeilijkheden worden gezien voor de realisatie van de Juiste Zorg op de Juiste Plek?
4. Wat zal de invloed zijn van de huidige dilemma's, zoals hoge werkdruk en personeelskrapte, in de zorg in Nederland op het realiseren van De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP)?
5. Welke rol is weggelegd voor het realiseren van JZOJP voor ziekenhuis management/bestuur en voor de medisch specialist?

3.2 Onderzoeksmodel

Dit is een probleem-analytisch onderzoek en is op verschillende manieren te onderzoeken. In deze thesis is de informatie uit de literatuur getoetst bij de mensen in Nederland die al succesvol 2^e en 3^e orde transitieprocessen hebben meegemaakt/geïnitieerd. Hiermee krijgen we zicht op de succesfactoren voor het implementeren van “de Juiste Zorg op de Juiste Plek” in Nederland. Hierbij ligt het accent op de rollen van het ziekenhuis management en de medisch specialisten.

Het onderzoek is gestart met een literatuuronderzoek naar aanleiding van de hoofdvraag en de deelvragen (A). Dit is via literatuur over integrated care, accountable care en triple aim onderzocht. De beschikbare informatie over dit onderwerp uit rapporten en publicaties van diverse Nederlandse organisaties (de zogenoemde Grijs Literatuur) is ook verwerkt. Hieruit zijn de randvoorwaarden gedestilleerd voor het management van de ziekenhuizen en de medisch specialisten (B). Een topiclijst is opgesteld welke als leidraad heeft gediend voor de diepte-interviews met verschillende personen. Als eerste zijn experts op dit gebied geïnterviewd over hun zienswijze. Daarna zijn zowel bestuurders die bekend staan om realisatie van vernieuwing als medisch specialisten die werkzaam zijn in een van de proeftuinen geïnterviewd (C). Deze interviews zijn opgenomen en uitgewerkt en daarna handmatig gecodeerd volgens de items op de topiclijst. Deze informatie is geanalyseerd; waarna de extractie van de dilemma's en de lessons learned heeft plaatsgevonden (D). Dit alles is samengevoegd met de resultaten uit de literatuur (E). Hierna is de definitieve thesis samengesteld (F) en zal een artikel geschreven worden voor Medisch Contact met als auteurs Laurens Huisman en Wilma vd Scheer (G).



3.3 Technisch ontwerp

Onderzoeksdesign

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek; aangezien het zich richt op de toekomst ligt een probleem-analytisch onderzoek het meeste voor de hand.

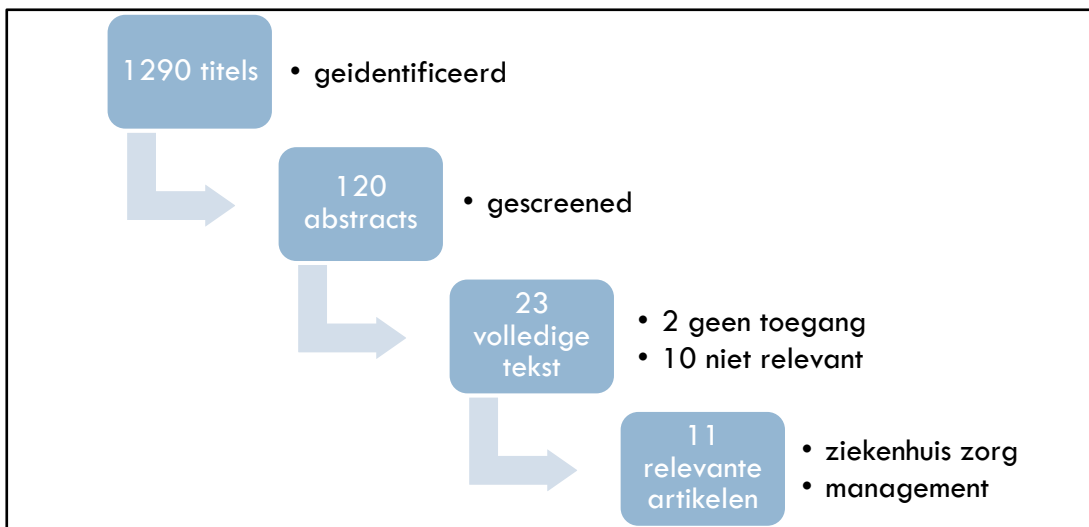
Het literatuuronderzoek en de interviews hebben zich gericht op de rollen van management en medisch specialisten en de randvoorwaarden die nodig zijn voor het slagen van de zorgoptimalisatie zoals voorzien is in het rapport De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Dit betekent zoeken naar literatuur waarin kostenreductie en kwaliteitsverbetering wordt bereikt en daarin specifiek kijken of er succes- en faalfactoren aan te geven zijn voor zowel management als medisch professionals. De literatuur is via de bibliotheek van de Amsterdamse Universitaire Centra (AUMC) gezocht. De literatuur is met behulp van een librarian (Gusta Drenthe) gezocht via een search in pubmed en in scopus, daarnaast is via de zogenoemde sneeuwbal methode de overige literatuur gevonden.

Search string: ("Triple aim" OR "accountable care" OR "integrated care" OR "managed care" OR "quadruple aim") AND (leadership OR implementation OR barriers OR management OR "contextual factor*" OR "outcome*" OR "success factors" OR "prerequisite*" OR "requirement*" OR "experience*" OR "assessment*" OR "evaluation*" OR "Lesson* learned") AND ("systematic review" OR "literature review")

Verantwoording literatuuronderzoek

De bovenstaande search string is zowel gebruikt in Pubmed (www.pubmed.com) als in Scopus (www.scopus.com). De limitatie van systematic review of literature review is bewust aangebracht om het aantal te screenen artikelen te beperken. Zonder deze beperkingen werden er 6.868 resultaten gevonden in Pubmed en 8.994 in Scopus. Met deze beperking leverde het een totaal op van 1.290 te screenen titels (zie figuur 3.1). De beperking hiervan is dat er op deze wijze een kans bestaat om recente relevante artikelen te missen, aangezien deze nog niet zijn opgenomen in de gevonden reviews. Verder is de search beperkt tot artikelen geschreven in de Nederlandse of Engelse taal.

De 1290 geïdentificeerde titels leverde 120 potentieel relevante abstracts op, de overige 1170 titels vielen af omdat uit de titel bleek dat het artikel de farmacologie, geestelijke gezondheidszorg of het sociale domein behandelde. Van de 120 gescreende abstracts, waren 23 relevant, de overige 97 werden niet relevant bevonden omdat het artikel of puur financieel ingestoken werd, of alleen over de eerste lijn ging of alleen over een specifiek ziektebeeld. De 23 volledig gelezen artikelen leverden 11 op die specifiek ingingen op elementen en voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om succesvol professionals van verschillende organisaties te laten samenwerken om transmurale zorg te bewerkstelligen.



Figuur 3.1: flow diagram literatuur search

Ook zijn Nederlandse rapporten meegenomen die over dit onderwerp geschreven zijn (de grijze literatuur).

De literatuur is gecombineerd met informatie uit de interviews met de experts en de deelnemers van de verschillende proeftuinen in Nederland.

Door eerst de experts te interviewen en vervolgens de deelnemers van de verschillende casussen, is een scherp beeld gecreëerd waar op te letten en waarop vooral door te vragen bij de casus deelnemers.

Afgesproken is om de interviews anoniem te verwerken en alleen met expliciete toestemming met persoonsverwijzing te citeren.

De interviews zijn opgenomen en uitgetypt waarna codering plaats heeft gevonden aan de hand van de topiclijst. Hierna heeft een analyse plaats gevonden en zijn de geleerde lessen in kaart gebracht.

Verder is afgesproken met de geïnterviewde personen dat na afronding van deze thesis de MP3-bestanden en transcripten vernietigd worden.

4 LITERATUUR ONDERZOEK

4.1 Historie

In de jaren 70 zijn in Amerika de Health Maintenance Organizations (HMO) ontstaan om de stijgende kosten voor medische zorg te beteugelen en waren gebaseerd op het principe van managed care (Coombs, 2005). Het principe van managed care houdt in dat voor een vast bedrag per maand de volledige verantwoordelijkheid wordt genomen voor zowel de financiering als de levering van de benodigde zorg (zowel preventie, diagnostiek en behandeling). Het verschil met een gewone verzekering was dat hiermee meer invloed was op het te voeren beleid en er een intrinsieke motivatie bestond om kwalitatief hoogwaardige zorg kosten efficiënt te leveren. Onnodige zorg werd hiermee voorkomen, die in het systeem van een gewone verzekering met een vergoeding per verrichting wel gewoon werd betaald. De gedachte was dat hierdoor de premie lager zou zijn dan van een reguliere verzekering.

In Amerika worden de kosten van de zorgverzekeringen historisch gezien meestal door de werkgever betaald. In de jaren 80 werden door de recessie bedrijven genoodzaakt om besparingen te realiseren. Dit zorgde ervoor dat zij vaak de zorgverzekeringen gingen inkopen bij HMO's, omdat hiermee geld te besparen viel. Dit werd een negatieve spiraal naar beneden aangespoord door bedrijven die meer wilden besparen (maar nog wel een zorgverzekering aanbieden aan hun medewerkers). Door vooral nadruk te leggen op de kosten, werden de polissen uitgekleeft, behandelingen uitgesloten en mensen met serieuze gezondheidsklachten geweigerd. Hierdoor kon de prijs omlaag en konden lucratieve contracten aangeboden worden aan bedrijven.

Zodra managers en administrateurs zich te duidelijk tegen de inhoud van de geleverde zorg aan gaan bemoeien, levert dat problemen op. De medisch professionals voelen zich in hun autonomie beknot en als zij hierover gaan klagen hebben zij de publieke opinie mee. Dit was het geval in Amerika, door toenemende weerstand van de dokters en daardoor de toenemende weerstand van burgers tegen het zorgsysteem rondom HMO's. Sommige argumenten van managers om te stoppen met bepaalde behandelingen waren wel degelijk terecht. Als de medisch specialist echter tegen de patiënt zegt: 'Ik had u graag deze behandeling aangedaan, maar het mag niet meer van het management.', dan zal de publieke opinie zich tegen de manager keren, vooral als dit massaal tegen de patiënten wordt gezegd.

De stijging van de kosten en de toenemende onvrede met de HMO's hebben geleid tot de affordable care act in 2010, beter bekend als Obamacare. Zowel de HMO's als de accountable care organizations (ACO) die zijn ontstaan na het invoeren van de affordable care act hebben hetzelfde principe als uitgangspunt: het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het reduceren van de kosten (Tabriz, et al., 2017). Tabriz geeft in zijn systematic review: 'What should accountable care organizations learn from the failure of health maintenance organizations', echter ook aan dat in theorie de incentives in beide systemen ontworpen zijn om gezondheid te verbeteren, maar in de echte wereld de incentives toch vooral gesteld zijn om de uitgaven te beteugelen. Voor dit systematic review is de literatuur van 1973 tot 2017 onderzocht en gebruiken zij de theorie van de organisatie ecologie om de opkomst en ondergang van de HMO's te verklaren. Van de 2210 gevonden studies, werden er na een zorgvuldig selectieproces 31 studies van voldoende kwaliteit geïncludeerd. Van deze studies waren er 24 uitgevoerd in het tijdvak 1991-2003, het tijdvak waarin de HMO's in toenemende mate werden bekritiseerd. In de publieke opinie was voor een HMO geld belangrijker dan het leveren van zorg en dit stond haaks op aloude traditie van de medische praktijk, waarin de artsen en de patiënten de beste mogelijk zorg willen verlenen en krijgen. De negatieve kant van managed care heeft uiteindelijk de overhand gekregen in de beeldvorming over HMO's. Dit heeft

geleid tot de teloorgang van de HMO eind jaren 90 en de HMO daardoor symbool ging staan voor alles wat er mis was met de Amerikaanse gezondheidszorg.

Toch was er ook een positieve kant van het principe van managed care. Dokters werden meer kostenbewust, gingen zich beter houden aan medische richtlijnen, er was oog voor de voordelen van eerstelijns zorg en preventie en conservatieve behandeling werden ook gezien als een serieuze optie.

Er zijn lessen te leren uit de teloorgang van de HMO's, die voor het slagen van de huidige Accountable Care Organizations van belang kunnen zijn (Tabriz, et al., 2017):

- Handel vanuit het principe de patiënt centraal
- Accountable management
 - Geen agressieve expansie strategie
 - Leg de nadruk op coördinatie van zorg over organisaties heen
 - Stimuleer het gebruik clinical decision supportsystemen, om de zorgprocessen en de geleverde zorg continue te verbeteren
 - Betrek de patiënt er nadrukkelijk bij
 - Zet een robuuste governance structuur neer
 - Identificeer inefficiëntie en onnodige zorg snel en pas de processen aan
 - Wees wendbaar en flexibel als organisatie
- Hou de kosten onder controle:
 - Implementeer evidence based protocollen
 - Creëer incentives voor de deelnemende organisaties en deelnemende dokters en zorg dat deze congruent zijn
- Werk nauw samen met de verschillende uitvoerders:
 - Herken de noodzaak tot het creëren van ook niet financiële incentives voor de deelnemende dokters
 - Respecteer een behoorlijke mate van autonomie van dokters en erken hun klinische autoriteit
- Wees bereid om de concurrentiestrijd aan te gaan
 - De Amerikaanse markt is 3000 miljard US-dollar per jaar groot
- Zorg voor een adequate IT-infrastructuur
 - Financieel
 - Managementinformatie
 - Medische informatie voor ondersteuning bij besluitvorming (=decision support)
- Zorg voor een hoge patiënt tevredenheid
- Maak de patiënten zelf accountable
- Wees voorbereid: verandering komt er altijd aan

Enkele HMO's bestaan nog steeds en zijn zelfs succesvol. Een bekend voorbeeld is Kaiser Permanente uit Noord Californië. Kaiser Permanente is al in 1945 opgericht door Henry Kaiser samen met Sidney Garfield, chirurg, en Harold Hatch een verzekeringsagent (Kaiser Permanente, 2019). De door Kaiser Permanente beoefende integrated care is geboren uit bittere noodzaak. In de grote depressie (1929-1934) werd het Colorado River Aquaduct gebouwd door duizenden arbeiders. Sidney Garfield, chirurg, begon vlak bij het stadje Desert Center het Contractors General Hospital (12 bedden) om alle zieke en gewonde arbeiders te kunnen behandelen. Helaas hadden velen geen zorgverzekering en hielp Dr Garfield deze patiënten toch, wat zorgde voor financiële problemen bij het ziekenhuisje. Harold Hatch overtuigde de zorgverzekeraar om op voorhand 5 cent per arbeider per dag te betalen aan het ziekenhuis, waarbij de arbeiders de mogelijkheid kregen om voor 5 cent

per dag extra ook voor niet werk gerelateerde ziektes verzekerd te zijn van behandeling. Hiermee werd het van een noodlijdend ziekenhuisje een succes. Tegen de tijd dat het aquaduct af was werd Garfield benaderd door Henry Kaiser of hij een dergelijk ziekenhuis ook wilde opzetten voor de 6500 arbeiders die de Grand Coulee Dam gingen bouwen. In 1941 was de dam af maar was inmiddels de tweede wereldoorlog uitgebroken en moest voor de 30.000 arbeiders op de scheepswerven van Henry Kaiser ook de zorg geregeld worden. Dit heeft uiteindelijk in 1945 geleid tot de oprichting van Kaiser Permanente. De manier van organisatie van zorg van Kaiser Permanente heeft als inspiratie gediend voor de wet uit 1973 waardoor de HMO's zijn ontstaan. In de jaren negentig kwamen de HMO's zoals hierboven benoemd in een kwaad daglicht te staan.

In 1989 publiceerde Don Berwick een artikel in het New England Journal of Medicine getiteld: 'Continuous Improvement as an Ideal in Health Care' waarin hij geïnspireerd door de wederopstanding van Japan na de tweede wereldoorlog het principe van Kaizen (ook wel de Plan, Do, Check, Act cyclus), "veranderen naar beter", beschrijft. Tevens beschrijft hij het failliet van kwaliteitsverbetering door inspectie en controle, hetgeen juist in de weg staat van kwaliteitsverbetering: vanwege angst voor repercussies steekt men tijd en energie in verdedigen en in het ter discussie stellen van de onderliggende data (Berwick D. , Continuous Improvement as an Ideal in Health Care, 1989). Kaizen kan helpen met de kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg, in 'Continuous Improvement as an Ideal in Health Care' van Berwick worden hiervoor 6 stappen genoemd:

1. Leiders moeten de leiding pakken in kwaliteitsverbetering
2. Investerings in kwaliteitsverbetering moeten substantieel zijn
3. Respect voor de zorgprofessional moet hersteld worden
4. De dialoog tussen de zorg aanbieders en zorg ontvangers moet open zijn en zorgvuldig worden onderhouden
5. Theorieën en technieken voor procesverbetering moeten vertaald worden naar de zorg
6. Zorginstellingen moeten hun structuur inrichten rondom kwaliteit

De omschreven methode in 'Continuous Improvement as an Ideal in Health Care' van Berwick, welke inmiddels tot Total Quality Management (TQM) gedoopt was, heeft bij de leiders van Kaiser Permanente gezorgd voor een omslag in de manier waarop kwaliteitsverbetering nagestreefd werd en heeft in 1991 geleid tot een ambitieuze kwaliteitsagenda om door alle lagen van de organisatie kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen (McPartland, 2012). Het jaarverslag van 1991 van Kaiser Permanente getiteld: 'Quest for Quality' is volledig gewijd aan TQM en zij hebben daar vijf principes aan opgehangen:

1. Creating of a positive work environment
2. Measuring what we do
3. Improving what we do
4. Developing new approaches
5. Telling our story

Don Berwick is begin jaren negentig ook betrokken geraakt bij de hervorming van de NHS in Groot-Brittannië en heeft om een zo breed mogelijk publiek te bereiken een 2-tal artikelen in het British Medical Journal gepubliceerd getiteld: 'Quality management in the NHS: the doctor's role-I/II' (Berwick, Enthoven, & Bunker, 1992). Hierin beschrijft hij het gevaar voor Europa van oplopende kosten in de gezondheidszorg (in 1989 in Amerika al 11,8% van het BBP) en om Groot Brittannië te behoeden voor dezelfde fout die in Amerika is gemaakt: kwaliteitsverbetering door verscherpte controles, welke alleen maar verdediging veroorzaakt en niet oproept tot een dialoog over de ervaren knelpunten. Berwick omschrijft de mogelijke maatregelen die men kan nemen om deze

kostenstijging te beteugelen en tegelijkertijd de kwaliteit kan verhogen aan de hand van het Total Quality Management met 4 duidelijke principes:

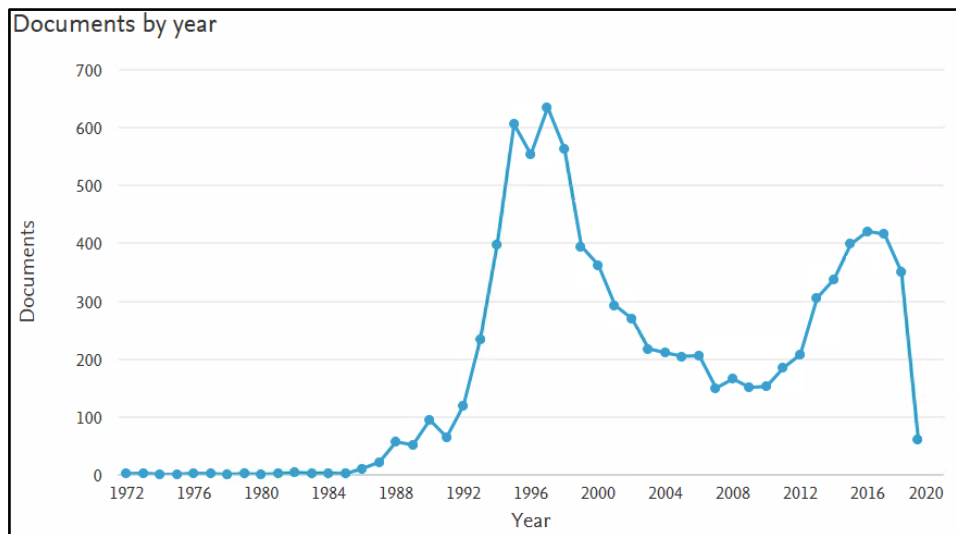
1. Succes is afhankelijk van de mate waarin in de behoefte van de klant wordt voorzien
2. Kwaliteit is het vermogen om aan de klantbehoefte te voldoen en wordt bepaald door de zorgprocessen, waarin de causale verbanden complex, maar met enige moeite, wel verklaarbaar zijn
3. De meeste mensen zijn intrinsiek gemotiveerd en doen hun best om hun werk goed te doen
4. Simpele statistiek en analyse van zorgvuldig verzamelde data, kan krachtige inzichten geven in de causale verbanden binnen het zorgproces, op basis waarvan dit zorgproces weer verbeterd kan worden.

Don Berwick vertelt in zijn artikel: "The Triple Aim: Care, Health, And Cost" uit 2008 over de redenen waarom het bereiken van Integrated Care, niet technisch maar politiek is (Berwick D. , The Triple Aim: Care,Health, And Cost, 2008). In dit artikel wordt ook geschetst wordt hoe een Integrator, een organisatie die de verantwoordelijkheid neemt voor alle 3 de doelen, noodzakelijk is voor het nastreven van de drie doelen van Triple Aim:

1. Verhoging van de kwaliteit van de geleverde zorg
2. Verhoging van de gezondheid van een bepaalde populatie
3. Verlaging van de kosten voor de leverde zorg voor deze populatie als geheel

Triple aim wordt volgens Berwick bereikt door Integrated Care, geïntegreerde zorg, na te streven.

Figuur 4.1 laat een toename in de literatuur zien van het aantal artikelen dat over dit onderwerp is geschreven na de publicatie van de artikelen van Berwick in 1989 en 2008 en na het ontstaan van de Accountable Care Organizations in 2010. Integrated Care, Accountable care, triple aim, Total Quality Management, Managed Care en Health Maintenance



Figuur 4.1: bibliografische analyse van artikelen over managed care, integrated care, triple aim en accountable care (via scopus.com).

Organizations zijn dus allemaal met elkaar verbonden, maar het is echter buiten de scope van deze thesis om alle onderlinge verbanden uitvoeriger te beschrijven.

4.2 Bevindingen uit literatuursearch

De literatuur search zoals beschreven in de verantwoording literatuuronderzoek hierboven heeft 11 bruikbare artikelen opgeleverd (Baxter, Johnson, & et al, 2018) (Heyeres, McCalman, & et al, 2016) (Mitchell, Burridge, & et al, 2015) (van der Klauw, Molema, & et al, 2014) (Martinez-Gonzalez, Berchtold, & et al, 2014) (Coelho, Leone, & et al, 2014) (Ouwens, Wollersheim, & et al, 2005) (Shaw, Kontos, & et al, 2017) (Vogus & Singer, 2016) (Stephenson, Campbell, & et al, 2017) (Angood & Birk, 2014).

2 van de 11 studies zijn zeer uitgebreid op zoek gegaan naar alle verschillende elementen waaraan voldaan moet zijn om hervormingen in de gezondheidszorg tot een succes te maken (Baxter, Johnson, & et al, 2018) (Coelho, Leone, & et al, 2014). De studie van Baxter en Johnson is het resultaat van een onderzoek voor National Institute for Health Research uit het Verenigd Koninkrijk (Baxter, Johnson, & et al, 2018). De studie van Coelho is verricht om in de internationale literatuur op zoek te gaan naar best practices die het in 2008 ingevoerde Integrated Disease Management programma in Portugal kunnen verbeteren (Coelho, Leone, & et al, 2014). De overige studies gaan op een beperktere set van elementen in.

Aangezien het voor dit onderzoek vooral gaat om de rollen van de medisch specialist en het management in het ziekenhuis bij het implementeren van de juiste zorg op de juiste plek en de daarbij horende succes- en faalfactoren zullen deze aspecten uit de gevonden literatuur benoemd worden. Verder blijken uit al deze studies ongeveer dezelfde elementen voort te komen, ook al verschilt soms de invalshoek. Om de leesbaarheid te vergroten en herhaling te voorkomen zullen de gevonden elementen integraal benoemd worden (zie tekstkader: Noodzakelijke elementen voor succesvolle implementatie).

Ten eerste moet er vooral veel tijd en aandacht besteed worden aan de interpersoonlijke relaties tussen de diverse uitvoerende teamleden. Het creëren van onderling vertrouwen en respect verdient daarbij expliciete aandacht. De zorgprofessionals moeten van elkaar begrijpen wat hun professie voor toegevoegde waarde heeft voor de zorg bij de patiëntcategorie die valt onder de samenwerking. Dit is essentieel voor het creëren van een gezamenlijk transmuraal zorgpad en voor het verschuiven van verantwoordelijkheden van bijvoorbeeld de medisch specialist, naar de huisarts of praktijkondersteuner of wijkverpleging en het vertrouwen dat dit veilig kan gebeuren met een geborgde kwaliteit.

Ten tweede dienen de zorgprofessionals aan de voorkant betrokken te worden bij het ontwerp en implementatie om tot een succesvolle samenwerking te komen. Als de betrokkenheid van de professionals onvoldoende is aan de voorkant van het proces, wordt het te veel als een actie vanuit het management van diverse organisaties gezien, hetgeen wantrouwen oproept en snel gezien kan worden als een aantasting van de autonomie van de professional. Het artikel van Stephenson, Campbell et al verdient wat dat betreft aparte aandacht: "Assessing healthcare professionals' experiences of integrated care: do surveys tell the full story?" (Stephenson, Campbell, & et al, 2017). Hierin wordt ingegaan op de elementen die volgens de zorg professionals onvoldoende belicht worden bij onderzoeken naar het succesvol implementeren van Integrated Care projecten. Er wordt aangegeven dat inderdaad de bovengenoemde onderdelen van groot belang zijn, maar dat de volgende onderdelen minder aandacht krijgen dan gewenst:

- Impact op de werkdruk
- Duidelijk leiderschap vanuit het management, nut van de samenwerking benadrukken
- Zorgen dat de zorgprofessional echt betrokken wordt bij het organiseren van de integrale zorg

- De positieve impact en voordelen die het leveren van integrale zorg heeft
- Het noodzakelijke vertrouwen en respect van de zorgprofessionals onderling

Ten derde dienen een aantal materiele zaken goed geregeld te zijn zoals adequate ondersteuning, goede financiering en goede ICT-infrastructuur waarbij informatie-uitwisseling en communicatie tussen de diverse leden goed en gemakkelijk kan plaatsvinden.

De literatuur laat zien dat de verschuiving waar de gezondheidszorg in de westerse wereld voor staat een van een grote orde is. Het is de verschuiving van acute zorg naar chronische zorg. De uitdaging bij het leveren van chronische zorg is het voorkomen van exacerbaties van de chronische ziekte, die zorgen voor extra polibezoeken, extra ziekenhuis opnames en extra bezoeken aan de spoedeisende hulp, door juist de patiënten te monitoren en daardoor maatregelen kunnen treffen om bij de patiënt een exacerbatie te voorkomen. Dit vergt het bieden van een continuüm van zorg (transmurale zorg oftewel integrated care) en de chronische zorg is niet gebaat bij het opdelen van de zorg over de thuiszorg, de eerste en de tweede lijn (Groene & Hildebrandt, 2017). De editors van het International Journal of Integrated Care schrijven in hun editorial van de eerste editie van het tijdschrift dat het integreren van zorg waarschijnlijk voordelen heeft boven losse diensten. Het meest belangrijk voor de managers en de professionals is de verschuiving van verantwoordelijkheid voor alleen de geleverde zorg naar verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de bediende populatie (Editors, 2000).

Kodner en Spreeuwenberg schrijven in hun artikel: “Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper” waarom zonder integratie de geleverde gezondheidszorg minder gestroomlijnd is en dus minder kosteneffectief. Zij geven aan dat bij niet geïntegreerde zorg patiënten uit ‘t oog worden verloren, de juiste diensten niet altijd op de juiste tijd geleverd worden, of helemaal niet geleverd worden en hierdoor de patiënttevredenheid en de kwaliteit afneemt. Een ander aspect van transmurale zorg, wat echt een verandering is ten opzichte van de huidige manier waarop de zorg is georganiseerd, is kijken door de bril van de patiënt. De zorg professional is gewend dat de patiënt zijn adviezen opvolgt en dus volgbaar is, dit past ook bij de traditionele verwachting van de patiënt zelf. Door meer vanuit de patiënt de zorg te organiseren en ook de patiënt zelf te trainen, krijgt hij meer eigen verantwoordelijkheid en wordt de compliantie met de getroffen maatregelen groter en sluiten de geleverde diensten beter op elkaar aan (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Tekstkader: Noodzakelijke elementen voor succesvolle implementatie*

- Zet de zorg voor de patiënt centraal
 - Dit creëert een gezamenlijke waarde en professionals kunnen elkaar hierin meestal vinden
 - Maakt eventuele verplaatsing van werkplek uitlegbaar
 - Baken duidelijk de populatie af waarvoor de samenwerking geldt
- Zorg dat de relatie tussen de diverse organisaties goed is
 - Laat het management volledig gecommitteerd achter de samenwerking/integratie staan
 - Luister naar de problemen van de werkvloer en los deze op
 - Creëer een lerende cultuur: leer van fouten en (bijna) incidenten
 - Zet een heldere visie neer
 - Laat de dokters zowel bij het design, als de implementatie, als de operatie een duidelijke leidersrol vervullen
 - Vier de behaalde successen
 - Zorg voor een levensvatbaar financieel kader, als de pilot fase voorbij is
 - Houdt oog voor de autonomie van de diverse teamleden
 - Zorg dat de motivatie van de teamleden onderhouden wordt
- Zorg dat zorgprofessionals elkaar vertrouwen en elkaars expertise leren kennen
 - Laat de zorg professionals gezamenlijk de protocollen en (transmurale) zorgpaden vaststellen
 - Creëer multidisciplinaire teams
 - Organiseer reguliere multidisciplinaire casusbesprekingen
 - Leg duidelijk de rollen en verantwoordelijkheden van eenieder vast
- Regel adequate ondersteuning
 - Goede communicatie en informatie-uitwisseling onderling zo makkelijk mogelijk maken
 - Goede stuur en medisch inhoudelijke informatie beschikbaar stellen en gebruiken
 - Zoals: mortaliteit ↓; heropname ↓; kwaliteit van leven ↑; bezoeken SEH ↓; compliance van patiënten aan therapie ↑
 - Doe audits en koppel die terug
 - Deel best practices
 - Regel casemanagers
- Regel eenduidige aansturing
- Steun de leiders van de professionals en laat hen ambassadeurs zijn
- Start niet alleen met gezamenlijke training en educatie, maar blijf dit herhalen
 - Zowel van de professionals als van de patiënten

*Bronnen voor de bevindingen: (Baxter, Johnson, & et al, 2018) (Heyeres, McCalman, & et al, 2016) (Mitchell, Burrridge, & et al, 2015) (van der Klauw, Molema, & et al, 2014) (Martinez-Gonzalez, Berchtold, & et al, 2014) (Coelho, Leone, & et al, 2014) (Ouwens, Wollersheim, & et al, 2005) (Shaw, Kontos, & et al, 2017) (Vogus & Singer, 2016) (Stephenson, Campbell, & et al, 2017) (Angood & Birk, 2014).

4.3 Analyse van Nederlandse beleidsstukken en rapporten

Deze analyse is nodig om antwoord te geven op de tweede deelvraag: Wat kunnen we leren van de huidige initiatieven in Nederland, in het bijzonder over de rol van ziekenhuis (management/bestuur) en medisch specialisten?

In Nederland zijn vele beleidsstukken, analyses en rapporten verschenen over dit onderwerp, hierin staat het Nederlandse zorgstelsel centraal. Het doet de kwaliteit van deze stukken te kort om ze niet te bespreken en alleen deze thesis te beperken tot de internationale literatuur.

Het hoofdlijnenakkoord is gebaseerd op de bevindingen uit het rapport van VWS: 'De juiste zorg op de juiste plek' en het rapport van de KPMG: 'De juiste zorg op de juiste plek - onderzoek naar condities en consequenties' (KPMG, 2018) (VWS, 2018). Hierin worden allerlei randvoorwaarden genoemd die noodzakelijk zijn voor het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (dichter bij mensen thuis) en het vervangen van zorg. Bij het vervangen van zorg kan men bijvoorbeeld denken aan het verstrekken van informatie aan burgers zodat zij meer aan zelfmanagement kunnen doen, maar ook aan digitale bewakingssystemen, waarmee valdetectie kan worden verricht en vitale parameters kunnen worden bewaakt, hetgeen besparing op personeel kan opleveren. Een van de 6 genoemde randvoorwaarden is dat leiders nodig zijn die over hun eigen schaduw heen kunnen stappen. Hiervoor wordt wel aangegeven dat het tijd en inspanning van alle betrokken partijen vergt om initiatieven van de grond te krijgen. De rest van de voorwaarden zijn technische en structuur voorwaarden en vallen buiten de scope van deze thesis.

De veranderingen in het zorglandschap vragen nieuwe competenties van de zorgprofessionals: zoals kunnen samenwerken met andere zorgprofessionals, multi-inzetbaar zijn, samen beslissen kunnen toepassen, persoonsgerichte zorg kunnen leveren en gebruik kunnen maken van de huidige technologische mogelijkheden. Dit zijn aspecten die vooral op systeemniveau zitten en veel scholing vergen, zowel van de huidige generatie als aanpassing van het curriculum van de zorgopleidingen. Op lokaal niveau dienen de bestuurders te zorgen dat organisaties en professionals hun zorg en ondersteuning gezamenlijk beter laten aansluiten op de actuele en de veranderende zorgbehoefte. Een citaat van Morieux en Tollman uit 2014 wordt dan ook aangehaald op pagina 18: '*Bestuurders, dit is uw strijd: het echte gevecht is tegen onszelf, tegen onze bureaucratie en onze gecompliceerdheid.*' (VWS, 2018).

De noodzakelijke elementen die worden genoemd om dit voor elkaar te krijgen, komen overeen met de in de literatuur gevonden elementen, zoals benoemd in het tekstkader: noodzakelijke elementen voor succesvolle implementatie. Dit wordt fraai samengevat in het rapport op pagina 54: '*De Juiste Zorg Op de Juiste Plek wordt mogelijk door functioneren van mensen als vertrekpunt te nemen, de intrinsieke motivatie en expertise van professionals te benutten en het onherroepelijke commitment van bestuurders te verzilveren.*' (VWS, 2018).

Het meest complete en uitgebreide overzicht is gecreëerd in het rapport van het RIVM: "Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen" (RIVM, 2018). Dit rapport is geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport in het kader van de Landelijke Monitor Proeftuinen populatiemanagement. Hierin worden de 9 proeftuinen geëvalueerd die in 2013 door het ministerie zijn aangewezen in 2013. Bij het invoeren van Integrated Care projecten in Nederland worden 5 ontwikkelingsfasen gevonden. De eerste fase begint klein met de alleen maar de bereidheid om deel te nemen aan een regionaal initiatief. Hier vindt men elkaar in een regionale visie. In de tweede fase worden er op kleine schaal al zorg inhoudelijk enige initiatieven vormgegeven en gestart. In de derde fase wordt de samenwerking serieuzer en vinden er structurele verschuivingen plaats. Dit is de

fase waarin de proeftuinen in Nederland zich maximaal bevinden op dit moment. Fase vier en vijf houden het veranderen naar een gezondheidssysteem in en het institutionaliseren daarvan. Deze fases zijn nog nergens in Nederland bereikt (RIVM, 2018).

Binnen de vijf fases moeten 8 principes gehanteerd worden, waarbij tijdens elke fase het accent op een of meerdere van deze principes ligt (zie tekstkader: Acht leidende principes om te werken van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem. (RIVM, 2018)).

Als praktische handleiding wordt gesteld dat men klein moet beginnen, eerst onderling vertrouwen moet verkrijgen, daarna een gezamenlijke visie moet ontwikkelen en hier ook voldoende tijd en middelen voor beschikbaar moet stellen. Doet men dit niet dan loopt men verderop in het proces onherroepelijk vast. Ga verder op zoek naar professionals die ambassadeur/ trekker van het project willen zijn en faciliteer deze persoon, dit is zowel nodig om de stuurgroep te inspireren en te activeren, als om de achterban mee te krijgen (RIVM, 2018).

Deze bevindingen komen overeen met de in de literatuur gevonden succesfactoren.

Tekstkader: Acht leidende principes om te werken van een zorgsysteem naar een gezondheidssysteem (RIVM, 2018)

1. Creëer en behoud draagvlak tussen organisaties om domeinoverstijgend te werken;
2. Leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen.
3. Definieer randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording om zo risico's en successen te delen.
4. Zorg voor politieke steun en beïnvloed de beleidscyclus.
5. Zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen.
6. Borg een verbetercyclus door een data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regioniveau te ontwikkelen.
7. Organiseer inzicht in en input van burgerperspectieven.
8. Zet leiderschap in binnen een netwerk om de beweging naar de gezamenlijke doelen te behouden en/of te versnellen.

4.4 Conclusies uit de literatuur (deelvraag 1)

De opsomming in het tekstkader: “Noodzakelijke elementen voor succesvolle implementatie”, geeft het antwoord op de eerste deelvraag van deze thesis: “Wat is er in de literatuur te vinden over de succes- en faalfactoren van integrale zorgsystemen in binnen- en buitenland?”. De literatuur laat samen met de analyse van de Nederlandse beleidsstukken en rapporten zien dat succesvolle verandering een uitgebreid en precair proces is met vele partijen die allen hun eigen belangen hebben. Terwijl iedereen het erover eens is dat het belang van de patiënt centraal moet staan.

Medisch specialisten hechten, net als de patiënten, heel veel waarde aan de autonomie van de dokter in de behandelrelatie met de patiënten. Elke mogelijke aantasting hiervan wordt met veel wantrouwen benaderd. Dit is een belangrijke reden waarom de relatie tussen het management van een zorgorganisatie en de daar werkende zorgprofessionals precair is. Daarnaast zijn er volgens de medisch specialisten, bij het inrichten van die verandering, aspecten waar te weinig oog voor is, zoals de gevolgen voor de werkdruk.

Aandacht is ook belangrijk voor de ondersteunende zaken, zoals bijvoorbeeld het aanleveren van goede stuurinformatie. Goede stuurinformatie is niet alleen nodig op management vlak, maar ook op medisch inhoudelijk vlak. Het management kan door het adresseren van dagelijkse hindernissen en irritaties laten zien dat zij belangstelling hebben voor dergelijke problemen. Deze belangstelling beïnvloedt de onderlinge relatie weer in positieve zin.

5 RESULTATEN UIT DE INTERVIEWS

De interviews zijn gehouden om de in de literatuur genoemde voorwaarden te vergelijken en aan te vullen met inzichten uit de Nederlandse praktijk. Zorgsystemen en culturen verschillen, waardoor ervaringen elders opgedaan niet vanzelfsprekend van toepassing zijn op de Nederlandse situatie en omgekeerd.

Hiervoor is gesproken met Dirk Ruwaard, hoogleraar public health en healthcare innovation aan de Maastricht University, en betrokken bij onder andere de proeftuin MijnZorg; Caroline Baan, hoogleraar integrated care aan de Tilburg University, en werkzaam bij het RIVM en in die hoedanigheid betrokken bij het evaluatierapport: “Regio’s in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen”; Job Kievit, chirurg NP, emeritus-hoogleraar kwaliteit van zorg van de Universiteit Leiden en deelnemer taskforce van het ministerie van VWS, die het rapport de Juiste Zorg op de Juiste Plek heeft geschreven.

Daarnaast is gesproken met Samuel Smits, consultant bij Gupta-Strategists, contactpersoon voor het rapport “No place like home” (Gupta, 2017), zij hebben in diverse ziekenhuizen geholpen met het verplaatsen van zorg het ziekenhuisgebouw uit en met Peter Langenbach, voorzitter raad van bestuur van het Maasstad ziekenhuis, die het failliete ziekenhuis in Spijkernisse getransformeerd heeft en veel aan zorgvernieuwing doet in de Rotterdamse regio.

De regio rondom Heerlen was aangewezen door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport als proeftuin MijnZorg, hier is gesproken met Michèle van den Bragt, programma manager van MijnZorg, David Jongen, voorzitter van de raad van bestuur van het Zuyderland ziekenhuis en Karel Hulsewe, voorzitter de coöperatie, waarin de vereniging medische staf (VMS), vereniging medisch specialisten in dienstverband (VMSD) en het medisch specialistisch bedrijf (MSB) verenigd zijn.

De Rivas zorggroep is een proeftuin van de zorgverzekeraar VGZ voor de hervorming van de zorg en is een van de ziekenhuizen waarover het gaat in het rapport “Kwaliteit als medicijn” van Strategy &, onderdeel van het consultancybureau PWC (PWC, Strategy&, 2017). De interviews zijn gehouden met Sander Visser, partner van Strategy & van PWC, Kees Heijblom, lid RvB Rivas zorggroep in Gorinchem en Robert Chabot, neuroloog en medisch directeur van het Beatrixziekenhuis in Gorinchem, onderdeel van de Rivas Zorggroep.

Gesteld kan worden dat de geïnterviewde personen congruente verhalen vertelden op de plekken waar de verhalen overlap vertoonden. Wel viel op dat het accent in de verhalen anders lag en verteld werden vanuit een ander oogpunt. De combinatie van de interviews zorgde voor een completer verhaal. Uitsplitsen naar wie precies welke uitspraak heeft gedaan was niet mogelijk zonder expliciete toestemming van de betrokkene. Om dit te verkrijgen restte helaas te weinig tijd.

5.1 De Experts

Noodzaak van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) volgens de experts

De experts geven aan dat er al jaren onderzoek wordt gedaan naar de juiste plek om zorg te verlenen. Deze zoektocht heeft veel meer bekendheid gekregen nadat het inzet is geworden van het hoofdlijnenakkoord, waarvan de politiek hoge verwachtingen heeft. Iedereen die gesproken is begrijpt de noodzaak van de veranderingen die moeten plaatsvinden in huidige manier van zorgverlening. Ze benadrukken dat het onbetaalbaar wordt als we op dezelfde wijze doorgaan. De stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg zal dan ten koste gaan van andere publieke voorzieningen. Gezien de schaarste op de arbeidsmarkt zal daarbij het benodigde personeel niet beschikbaar zijn. De trend die zichtbaar is in de westerse samenleving volgens de experts is de verschuiving van de zorgvraag, namelijk van acute zorg naar chronische zorg. Bij de acute zorg is er een probleem dat moet worden opgelost, waarna men weer genezen is. Bij chronische zorg moet vooral geprobeerd worden de frequentie van ongeplande zorgcontacten te verminderen en zelfs proberen te voorkomen dat er een zorgcontact (bv een spoedopname) nodig is. Nog iets beter je best doen op dezelfde manier gaat niet meer helpen geven de experts aan: zorg moet slimmer worden ingericht. Ook moet er gekeken worden naar de groeiende zorgvraag bij de mensen met een ziekmakende ongezonde levensstijl. Men zal dus ook naar preventie moeten kijken, want het gezegde: voorkomen is beter dan genezen, is ook hier van toepassing. De aanpassing aan het gezegde zou kunnen zijn: voorkomen is goedkoper dan genezen.

Welke mogelijkheden biedt JZOJP volgens de experts?

De mogelijkheden zijn in twee grote stromingen te verdelen volgens de experts. De ene stroom is meer zorg het ziekenhuisgebouw uit naar de mensen thuis, maar nog wel onder de verantwoordelijkheid van de specialisten in het ziekenhuis. Dit is de stroming die ook geschetst wordt in het rapport van Gupta-Strategists: “No place like home” (Gupta, 2017). Om deze ontwikkeling voor elkaar te krijgen kan men de verantwoording voor de zorg meer bij de mensen zelf leggen, door meer aan educatie te doen voor de patiënten en door ze te ondersteunen met apps en mobiele apparatuur thuis (E-health). Ook de mensen monitoren op afstand is hiervoor een oplossing. Samuel Smits, consultant van Gupta-Strategists, zei het fraai: ‘Het ziekenhuis wordt het opleidingsinstituut voor de patiënt in plaats van het hotel’. Daarnaast dient zorg te verschuiven van het academisch ziekenhuis naar het perifere ziekenhuis.

De andere stroom die aangegeven wordt is die van patiënten vanuit de tweede lijn terug naar de huisarts of via E-health meer aan zelfmanagement laten doen. Dit komt meer overeen met de stroming die geschetst wordt in het rapport van Strategy& van PWC: “Kwaliteit als medicijn” (PWC, Strategy&, 2017).

Via beide strategieën krijgt de medisch specialist meer tijd voor de patiënt die ook daadwerkelijk medisch specialistische zorg nodig heeft. Een van de experts gaf aan dat veel ziekenhuizen voor complexe zorg als speerpunt kiezen, maar men kan zich ook onderscheiden door een goede multidisciplinaire organisatie in te richten rondom patiëntencategorieën met frequent voorkomende multimorbiditeit. Ook hiermee wordt waarde gecreëerd voor een grote categorie patiënten.

Het ziekenhuis zal altijd nodig zijn als last resort. De discussie die gevoerd moet worden is wat moet echt in het ziekenhuis plaatsvinden. Acute zorg is meestal kortdurend en maakt

gebruik van complexe apparatuur: hierin is niet zoveel verandering nodig. De efficiëntie slag die hier te maken is, is die van concentratie van deze zorg. Een expert noemde bijvoorbeeld door centraal meerdere IC's te monitoren met alleen ter plaatse een Spoed Interventie Team (SIT), ook een manier is om efficiënt om te gaan met schaars personeel.

Alle geïnterviewde experts zijn het erover eens dat de grote uitdaging zit in de manier hoe de chronische zorg vormgegeven moet worden. Mensen hebben tegenwoordig echt andere zorg en ondersteuning nodig dan vroeger, de mensen willen steeds meer regie over hun eigen gezondheid. Hierin moet het uitgangspunt zijn dat er zo min mogelijk interruptie van het dagelijks leven plaatsvindt. Men kan aan de voorkant inzetten op de positieve gezondheid van Machteld Huber, om mensen meer regie te geven over hun eigen leven en op de 6 assen (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren) realistisch te laten aangeven waar zij nu staan en waar zij naar willen streven (Hubert, 2019). Hiermee kunnen gerichte interventies plaatsvinden, die ook op het niet medische vlak kunnen liggen maar meer in het sociale domein. Het probleem is wel dat veel mensen geen idee hebben wat positieve gezondheid inhoudt.

De experts noemden verschillende opties om aan de voorkant de instroom te beperken en aan de achterkant de uitstroom te versnellen. Aan de voorkant kan de instroom naar het ziekenhuis verder beperkt worden door meer mensen in een 1½-lijns poli te zien, hiermee wordt bespaard op aanvullende diagnostiek en gaat het niet ten koste van het eigen risico van de patiënten. Een 1½-lijns poli is een buitenpoli waar de medisch specialist samen met de kaderarts van de huisartsen patiënten ziet. Patiënten worden hiernaartoe gestuurd door de huisarts, omdat men zonder officiële doorverwijzing naar het ziekenhuis toch de steun willen hebben van een medisch specialist voor het ingezette beleid. Door de huisartsen weer zelf te laten doen, wat zij zelf kunnen, komt er vanuit de 1^e lijn ook minder zorg naar de ziekenhuizen toe.

Aan de achterkant kunnen de patiënten sneller het ziekenhuis uit, door patiënten met biosensoren te monitoren en daarmee veilig over te plaatsen naar een verpleeghuis of zelfs naar huis. Ook kunnen behandelingen (meestal intraveneuze behandelingen) vanuit de dagbehandelingssetting verplaatst worden naar de mensen thuis. Een van de experts geeft dat als een specialist hier enthousiast over is en hier ook echt in gelooft het percentage veel hoger is dan de 46% die genoemd wordt in het Gupta rapport: "No place like home". Als de medisch specialist er niet in gelooft is dit percentage veel lager. Door vervolgens de zorg voor die patiënt vanuit een centraal servicecentrum voor meerdere ziekenhuizen te laten plaatsvinden, kan er nog een efficiency slag gemaakt worden.

Welke moeilijkheden zal men tegenkomen volgens de experts?

De moeilijkheden die men volgens de geïnterviewden gedurende dit proces zal kunnen tegenkomen zijn echter legio. Een van de experts gaf aan dat de zorgverschuiving vooral aan professionals is uitgelegd en nog niet aan een breed publiek waardoor er een flinke discrepantie in kennis ontstaat. De burgers zullen moeten accepteren dat de huisarts triage zonder dure complexe technologie zal uitvoeren, waardoor de kans groter wordt dat deze een diagnose mist. Het gevoel heerst echter dat veel mensen het liefst de huisarts over zouden willen slaan en behandeld willen worden door een medisch specialist, want men wil niet dat er iets gemist wordt. De aanname is ook dat als de patiënt naar de huisarts gaat, wil hij het liefst de dokter zelf zien en niet de praktijkondersteuner. Dit zal dus ook aan het algemene

publiek goed uitgelegd moeten worden dat er keuzes gemaakt zijn die goed voor de populatie als geheel, maar slecht voor een individu kunnen uitpakken. De politiek zal hiervoor publiekelijk het voortouw moeten nemen, want het is niet goed deze spagaat door elke individuele dokter in de spreekkamer te laten uitleggen aan de individuele patiënt.

Een andere expert gaf aan dat het inrichten van een 1½-lijns poli, de toegang tot medisch specialist makkelijker maakt, zonder dat dit het eigen risico aantast. Dit kan juist een aanzuigende werking hebben, waardoor meer mensen naar de 2^e lijns-specialist gaan in plaats van minder en meer dure diagnostiek ingezet wordt, dan in de huisartsenpraktijk zou zijn gebeurd. Het effectueren van dergelijke initiatieven is lastig want het is de vraag wie de substitutie gaat financieren: de huisartsen hebben het al te druk en voor het ziekenhuis en de medisch specialisten zal het hier en daar (financiële) pijn doen. De financiële schotten tussen de 1^e en 2^e lijn maken het lastig om met zorgverzekeraars tot goede afspraken te komen, want er zit zowel een verschil tussen de verzekeraars onderling hoe zij hierover denken, als een verschil tussen de top van de verzekeraars en de onderhandelaars die de prijsafspraken moeten maken met de 1^e en de 2^e lijn. Het is daarnaast ook ongelooflijk moeilijk om het resultaat wetenschappelijk aan te tonen.

Meerdere experts gaven aan dat veel patiënten niet in staat zijn gezien hun thuissituatie of vanwege laaggeletterdheid om goed voor zichzelf te zorgen, terwijl dat wel het streven is van de huidige politiek. Dit is de groep mensen die vaak zorg nodig heeft en met het huidige streven naar uitkomstgerichte zorg mogelijk te kort gedaan wordt. Het is namelijk verleidelijk voor ziekenhuizen om slechte patiënten te vermijden, want die beïnvloeden de uitkomsten negatief. Daarnaast leidt uitkomst gerichte zorg tot meer registratielast. Door dit niet te benoemen, omdat registratielast ook een actueel probleem is, wordt er bij voorbaat een faal risico gecreëerd.

Het risico is groot dat de hele discussie verengt tot substitutie van zorg en niet meer over de echte vraagstukken die daarvoor liggen, zoals gezondheid en preventie. Deze overheveling van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn en ook naar het sociale domein vereist regie, maar lang niet iedereen durft die rol op te pakken.

Als laatste noemen alle experts de financiële consequenties, want ondanks de hoge verwachtingen van het hoofdlijnenakkoord zijn de financiële besparingen erg onzeker. Het gros van de kostenstijging zit namelijk in technologische ontwikkeling en niet in vergrijzing (zie figuur 2.1). Daarnaast is er de spagaat waarbij de burger de goedkoopste zorgverzekeraar wil, maar de patiënt de beste zorg.

Al deze verschillende aspecten maken het lastig om het totaalbeeld vast te houden en alle 3 de onderdelen van de triple aim (betere kwaliteit van zorg, betere gezondheid van de populatie en lagere kosten per hoofd van de populatie) na te streven in plaats van maar 1 of 2 onderdelen. Hierdoor worden toch vaak de korte termijn belangen boven de lange termijn belangen gesteld, omdat veel mensen het lange termijn profijt niet meteen zien.

Wat zijn succesfactoren volgens de experts?

Het allerbelangrijkste wat door alle experts wordt benadrukt is dat er onderling vertrouwen moet zijn tussen management en professionals in de zorgketen en iedereen vanaf het begin betrokken moet worden bij het invullen van de gezamenlijke richting. Dit moet niet alleen plaatsvinden binnen een organisatie maar ook tussen de mensen van de organisaties onderling. Dit betekent veel investeren in tijd en geld om de mensen elkaar goed te laten leren kennen en iedereen een gemeenschappelijke

taal gaat spreken. Dit zal ook onderhouden moeten worden en is een zaak van lange adem. Hierdoor creëert men draagvlak voor de gezamenlijke visie en strategie. Door dit keer op keer te herhalen en te benadrukken worden alle lagen meegenomen en gaan iedereen dezelfde kant op. Sommige experts geven aan dat om het gebrek aan vertrouwen tussen de raad van bestuur en de medisch specialisten te doorbreken, in diverse ziekenhuizen een afvaardiging van het medisch stafbestuur standaard aansluit bij alle raad van bestuur vergaderingen en hier alle besluiten in consensus genomen worden, zodat er draagvlak gecreëerd wordt en de afgevaardigde medisch specialisten zelf de besluiten gaan uitleggen aan hun collega's van de medische staf. Op deze wijze wordt beoogd dat de besluiten met minder wantrouwen ontvangen worden en er een grotere kans van slagen is.

De drive voor de vernieuwing moet volgens de gesproken experts voortkomen uit de nieuwsgierigheid van de professionals zelf, zij moeten de passie hebben om dit voor hun patiënten te willen doen. Herontwerp of innovatie van het zorgproces is een zaak van de medisch specialisten. Daarbij is het wel de vraag of dit per ziekenhuis moet gebeuren, want het is veel efficiënter en beter om dit in groot verband voor meerdere ziekenhuizen tegelijk te doen. Er moet dan vooral niet te veel tijd in het opzetten van de programmastructuur gestoken worden, een dergelijk programma moet vooral pragmatisch van een structuur worden voorzien onder leiding van de medisch specialisten en goed ondersteund door de bedrijfsvoering. Wel is er een goede regie nodig en is er veel voorbereidend werk vereist als je met alle betrokkenen (zowel binnen als buiten het ziekenhuis) gaat praten, zeker als de patiënten er ook bij betrokken worden. Iedereen heeft uiteindelijk hetzelfde doel, maar bekijkt het vanuit een andere hoek, en komt men vaak relatief snel tot een goede oplossing, zo is de ervaring van diverse experts.

Bij deze gesprekken om tot een gezamenlijke visie te komen, moet ook de pijnpunten eerlijk benoemd worden volgens meerdere experts. De pijn die optreedt bij de verandering bij een organisatie moet gezien en behandeld worden als een gezamenlijk probleem. Zoals de toegenomen werkdruk bij de huisartsen als er zorg naar de eerste lijn verplaatst wordt, maar ook de angst dat men geen werk meer heeft na verplaatsing van de zorg. Het vergt overtuigingskracht en leiderschap om iedereen te laten zien dat er genoeg werk overblijft ook al worden de veranderingen doorgevoerd en onderdelen van de zorg verplaatst. Daarom is het belangrijk dat iedereen overtuigd is van de urgentie van het probleem en moet men een leidende coalitie vormen die, goed gefaciliteerd, vol enthousiasme andere zorgverleners mee over de streep trekt. Op deze wijze hoeft niet te veel energie in de achterblijvers en dwarsliggers gestoken te worden.

Op twee manieren kan volgens alle geïnterviewden begonnen worden aan een dergelijk visie en strategie traject. Door groot te beginnen is het vaak veel moeilijker om succesvol te zijn, mensen moeten dan verleid worden om mee te doen, terwijl er nog niets kan worden getoond. De meesten geven aan dat de kans van slagen groter is als men klein begint en goed vertrouwen opbouwt. Wel is van essentieel belang om een heel duidelijk beeld te vormen van het te bereiken eindpunt. Hoe duidelijker dit eindpunt, hoe duidelijker de keuzes die gemaakt moet worden te verdedigen en te verklaren zijn. Dit levert een enorme voorsprong op ten opzichte van organisaties die geen of onvoldoende keuzes maken. Door te zorgen voor de juiste prikkels, wordt er gelijkgerichtheid gecreëerd en zijn de veranderingen vaak snel en goed door te voeren. Dokters blijken vrij innovatief te zijn als de visie en de richting maar duidelijk is is de ervaring van een expert.

Sommigen geven als tip om in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar de verandervisie en veranderkosten mee te nemen. Door de resultaten goed terug te koppelen en de informatie weer te gebruiken voor verdere verbetering is het mogelijk om zwarte cijfers te blijven schrijven en een win-win situatie te creëren voor alle deelnemende partijen.

De huidige Elektronische Patiënten Dossiers (EPD's) leveren -mits goed ingericht- veel meer inzicht op over de patiënt en over de processen rondom de patiëntenstromen. De medicatie en allergieën en voorgeschiedenis dienen correct en op juiste wijze in het dossier terecht te komen. Dit kan men laten invoeren door ander personeel of automatisch via koppelingen of door de patiënt zelf. De artsen hebben dan minder registratielast en kunnen hun tijd beter inzetten.

Wat zijn faalfactoren volgens de experts?

Meestal zijn geld en angst de grote struikelblokken in deze veranderprocessen volgens de gesproken experts. De gedachte: 'we doen het al jaren zo, het gaat toch prima zo', is wijdverbreid en het vergt lef en durf om toch de verandering door te zetten, want de toekomstige vormgeving van de zorg is voor veel mensen vrij abstract. Dit is de reden waarom er volgens iedereen eerst een gezamenlijke bodem van vertrouwen gelegd moeten worden en een duidelijke gemeenschappelijke visie over hoe de zorg idealiter in de regio geregeld zou moeten zijn. Als deze tijdrovende bodem niet gelegd wordt, loopt men vrijwel zeker halverwege het proces vast en komt men niet verder of moet men zelfs een stap terug doen. Ook knelpunten als dienstbelasting en angst voor inkomensverlies of zelfs baanverlies dienen geadresseerd te worden en als een gezamenlijk probleem te worden gezien. Deze zaken komen vaak niet meteen op tafel en er worden vaak eerst andere argumenten gebruikt.

De geïnterviewden geven aan dat al vroeg in het proces de professionals uit de diverse organisaties zelf betrokken moeten worden. Dit vergt goede regie want als de raad van bestuur te duidelijk zegt wat er moet gebeuren, gaan de specialisten niet mee en de specialisten vormen een machtig blok in het ziekenhuis. Mensen hebben vaak moeite om serieuze keuzes te maken zoals onderdelen van het werk niet meer doen en overhevelen naar andere organisaties. Als mensen niet achter de toekomstvisie staan moet geen tijd worden gestoken in een proces dat mensen niet willen hebben. Vaak zijn medisch specialisten, indien voldoende meegenomen wel enthousiast. Het enthousiasme van de medisch specialisten zit vooral in de ideeën en waar het naar toe moet. Het uitdenken van de aanpassingen van het proces, de veranderkant, de communicatie hierover, het functioneren binnen het nieuwe proces en de kwaliteitsmaat waarnaartoe gewerkt wordt vergt goede ondersteuning. Ook het goed bijhouden van de uitkomsten van de veranderingen, is niet de sterkste kant van de meeste medisch specialisten volgens diverse experts.

Patiënten zijn gewend vragen over hun gezondheid aan een dokter te stellen, in plaats van zelf aan de slag gaan met hun gezondheid. Van de medisch specialist vergt het ook vertrouwen in het proces, in de infrastructuur en in de patiënt om de patiënt in de thuissituatie te behandelen en de zorg het ziekenhuis uit te verplaatsen. Wie is dan verantwoordelijk of de patiënt de juiste medicatie neemt en worden problemen wel op tijd onderkend? Angst van de specialist en de patiënt kan ervoor zorgen dat de zorg toch in het ziekenhuis onder de directe supervisie geleverd wordt, terwijl dat niet nodig is.

De manier waarop de organisatie van een ziekenhuis is ingericht helpt niet en is vaak een struikelblok, want de organisatie is vrij star door het bestaan van maatschappen en medisch specialistische bedrijven (MSB's). Het veranderen binnen bestaande organisatiestructuren heeft dan ook zijn eigen tempo.

Helaas geven ze aan dat de discussie vaak wordt ingestoken op het verlagen van de kosten, wat veel weerstand oproept en waar de kwaliteit van de geleverde zorg onder lijdt. Terwijl de discussie ingestoken moet worden op het verhogen van de kwaliteit, zoals het verminderen van de complicaties

bij behandelingen. Op deze wijze wordt er minder weerstand opgeroepen en is kostenverlaging te verwachten omdat complicaties veel geld, tijd en energie kosten.

Zorg verlenen en innoveren in een proeftuinsetting heeft voordelen; genoemd zijn het goed kunnen monitoren van de verandering (door kleinschaligheid) en beschikbaarheid van personeel voor dataverwerking. De resultaten vertalen naar de normale praktijk is meestal minder succesvol, vanwege minder aandacht voor het overgangsproces. Ook het opschalen *vanuit* een proeftuin kan mislukken: tegelijkertijd opschalen, verbeteren van zorgkwaliteit en overwinnen van weerstand blijkt in de praktijk niet eenvoudig.

Een andere genoemde faalfactor is de spanning tussen het willen verlagen van de registratielast enerzijds en het moeten onderbouwen van het succes van de nieuwe inrichting met veel data anderzijds. De geïnterviewden gaven aan dat deze spanning in de praktijk lastig hanteerbaar is doch niet (voldoende) geadresseerd wordt in de politieke discussie rondom uitkomstgerichte zorg.

Dit alles leidt ertoe dat heel vaak toch voor de korte termijn wordt gekozen in plaats van moeilijke keuzes die op lange termijn profijt opleveren.

Wat is de invloed van hoge werkdruk volgens de experts?

De meeste professionals zeggen dat ze door de hoge werkdruk geen tijd en ruimte hebben om te veranderen, maar bestuurders kunnen zich volgens de experts niet veroorloven hier geen ruimte voor te maken. Terwijl bekend is dat als er veranderd moet worden vanuit de bestaande bedrijfsvoering, de werkdruk nog verder omhoog gaat. Veel bestuurders zien de hoge werkdruk als een enorm stimulerende factor om de zorg anders in te richten.

Een manier om de werkdruk te verlagen is door het werkplezier en de voldoening die men eruit haalt te verhogen. Als voorbeeld is genoemd: medisch specialisten in een vroeg stadium van het zorgproces laten participeren. Bijvoorbeeld door in een huisartsenpraktijk mee te kijken met de behandeling van COPD-patiënten. Voor de specialist kan dit veel voldoening geven, aangezien ze in het ziekenhuis vaak de patiënten in het eindstadium van hun ziekte zien en ze dan weinig meer kunnen doen.

Een andere manier om de werkdruk te verlagen is om na procesanalyse de pieken en dalen eruit te halen. Dit kan gerealiseerd worden door een capaciteitsmanagement programma op te zetten waarin afspraken en regels worden opgesteld. Voorbeelden hiervan zijn: vaste visite tijden, 2x per dag bedden capaciteitsoverleg en het inrichten van een observatorium, waar alle spoedopnames plaatsvinden. Ook kan door trendanalyse spoedzorg goed gepland worden. Hierdoor worden de pieken uit de werkdruk gehaald en is het op de drukste momenten nog steeds te doen.

Wat is de invloed van personeelskrapte volgens de experts?

De sense of urgency die ontstaan is door de huidige personeelskrapte wordt door iedereen als een positieve drijfveer gezien voor de transitie van zorg. Hoewel iedereen aangeeft dat de personeelskrapte zorgt voor een toename van de werkdruk, geven zij ook aan dat dit aanzet tot initiatieven en innovatie. Bijvoorbeeld met behulp van E-health mensen zelf in staat stellen problemen te laten oplossen, in plaats van raad of hulp te moeten vragen bij een zorgprofessional. Ook heeft dit ertoe geleid dat in de Rotterdamse regio diverse ziekenhuizen een gezamenlijk opleidingsplan

hebben opgesteld om de huidige tekorten op te lossen en aan de toekomstige vraag te kunnen voldoen.

Wat is de rol van het ziekenhuis management/bestuur volgens de experts?

De noodzaak voor het hebben van een ziekenhuis staat buiten kijf, voor een deel van de zorg is altijd een ziekenhuis nodig. Bestuurders moeten dan ook volgens verschillende experts lef hebben en moeten keuzes durven maken op basis van de strategie. Soms moet gewoon begonnen worden, want als men kan laten zien dat het werkt komt het geld vanzelf. Dus wees niet bang om delen van het financieringsplafond over te hevelen naar andere organisaties, men kan daardoor weer andere zaken beter regelen. Als andere organisaties omzet mislopen, compenseer voor de verloren omzet en kom daarbij de gemaakte beloftes na.

Voor het op gang brengen moet de eerste stap op bestuurlijk niveau gezet worden volgens iedereen en is de raad van bestuur verantwoordelijk voor de dynamiek met de externe partijen. Wat echter heel duidelijk moet zijn is dat de beweging nooit top down opgelegd kan worden, want het is een beweging van dokters, die de raad van bestuur moet faciliteren. Daarom is het verstandig om een gedragen vertegenwoordiging van de dokters aan te laten sluiten bij het bestuursoverleg van de raad van bestuur. Aanbevolen wordt om te besluiten op basis van consensus: dit creëert veel draagvlak en dit neemt het basis wantrouwen weg. Dit kan men zonder problemen doen ook al blijft de juridische eindverantwoordelijkheid bij de raad van bestuur zelf liggen.

Diverse experts geven aan dat de rest van het management gestimuleerd moet worden om mee te doen met de verandering. Dit kan door hen regelmatig te bevragen over de door hun toegevoegde waarde aan de gekozen strategie. Ook is het zoeken naar een win-win situatie voor alle partijen van groot belang.

Het veranderen van medische processen is een kostbare en tijdrovende klus, de veranderkosten zijn heel hoog. Het kan dan ook helpen om iemand van buiten (bv een consultant) mee te laten helpen om het proces te structureren en de complexiteit iets te versimpelen. Deze kennis is schaars in de ziekenhuizen zelf.

Bestuurders willen vaak wel ziekenhuiszorg verplaatsen die buiten het ziekenhuisgebouw kan plaatsvinden, maar zitten wel in de spagaat dat het ziekenhuis ook financieel gezond moet blijven, hiervoor is het belangrijk om de zorgverzekeraar er al vroeg bij te betrekken. Uit onderzoek van een van de experts blijkt dat bestuurders aangeven dat binnen het huidige systeem nog stappen genomen kunnen worden, wel is de verwachting dat er binnen tien jaar echt andere kaders nodig zullen zijn.

Wat is de rol van de medisch specialist volgens de experts?

Het ziekenhuis heeft volgens iedereen altijd meerdere belangen om in de gaten te houden, de individuele medisch specialist kan daarentegen goed bedenken wat ze voor hun eigen patiënten doelgroep kunnen betekenen buiten de ziekenhuismuren. Deel van de medisch specialisten ziet het ook wel zitten om buiten het ziekenhuisgebouw zorg te verlenen, want de specialist kan zichzelf verplaatsen om buiten de muren van het ziekenhuis actief te zijn doch hij zal ook zijn inkomen zeker willen stellen. Als de patiënten thuis behandeld worden en aldaar gemonitord zoals in het Gupta rapport wordt genoemd, is de specialist continu verantwoordelijk en niet alleen tijdens de

polibezoeken, hiervoor moet er bij de medisch specialist vertrouwen zijn in de infrastructuur, het proces en de patiënten zelf. De zorgprofessional moet de passie hebben om dit te doen voor zijn patiënten, want sommige specialisten krijgen bijna alle patiënten zover om in de thuissituatie behandeld te worden en andere specialisten, die dezelfde soort patiënten behandelen, bijna niemand. De nieuwsgierigheid van de medisch specialisten is de aanjager van de vernieuwing. Zij begrijpen waar het over gaat en moeten het project dragen, zij moeten op sleutelplekken in de organisatie gepositioneerd worden. Ook zullen zij steun en draagvlak binnen de medische staf moeten vergaren, om de veranderingen succesvol in te voeren. Volgens een van de experts kan er zelfs gesteld worden dat de meest innovatieve artsen niet bij te houden zijn met al hun ideeën. Door een duidelijke visie neer te zetten worden ook minder innovatieve artsen gedwongen tot beweging, waarna men vaak ziet dat ook zij innovatief worden en werk naar binnen halen dat past binnen de visie. Als eenmaal de voorlopers resultaten laten zien, gaat de middengroep mee en wordt de kritische groep steeds kleiner en gaat uiteindelijk wel mee of weg.

Volgens diverse experts moet gezamenlijk met de medische staf de visie ontwikkeld worden en uitgedragen. Door een vertegenwoordiging van medische staf in het bestuursoverleg op te nemen worden zij ambassadeurs van de gezamenlijke keuzes. De kans op succes is op deze wijze veel groter. Een van de experts stelt zelfs dat een stap verder zou kunnen zijn dat deze rol helemaal bij de dokters komt te liggen en dat zij aangeven: wij gaan dit doen en daar heeft het ziekenhuis dit voordeel van. We gunnen ook de zorgverzekeraar een voordeel, maar dan willen we ook de ruimte om het naar eigen wens in te richten. Hierdoor wordt zelfs naar de situatie toegegroeid waar het de medisch specialisten (vaak verenigd in een MSB) het ziekenhuis in dienst neemt. Door deze rol te pakken als medische staf wordt men echt onderscheidend. Op deze wijze is de kernactiviteit weer teruggebracht in het bedrijf en zijn de belangen weer gelijkgesteld.

Wat is de rol van de andere deelnemers: verzekeraar, andere zorg professionals of de patiënt zelf volgens de experts?

Voor de zorgverzekeraars hebben een grote rol, want zij zijn verantwoordelijk voor de financiering van de gehele curatieve zorgketen. De experts geven aan dat de regie over het veranderproces gevoerd moet worden door vertrouwde partijen, helaas blijkt er weinig vertrouwen richting de verzekeraar te zijn, terwijl vanuit het systeem geredeneerd het wel logisch zou zijn als de verzekeraar de regie zou voeren. Zorgverzekeraars kunnen het echter niet afdwingen, want er is wederzijds respect nodig. Dit komt onder andere door de lastige rol: verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en voor de kosten, waar een grens aan zit. Want zoals ook eerder gesteld wil de burger de goedkoopste premie, maar de patiënt de beste zorg. Iedereen ziet wel in dat de verzekeraars cruciaal zijn om zaken van de grond te laten komen, dus hun rol is wel heel belangrijk.

Volgens de diverse gesproken experts verschillen zorgverzekeraars onderling ook van mening over de manier hoe de zorg ingericht moet worden. Binnen dezelfde verzekeraar zit vaak ook een verschil tussen lagen over de rolopvatting. De ervaring wordt gedeeld dat na innovatieve gesprekken met de top van de verzekeraars, de inhoud van deze gesprekken of afspraken niet terugkwamen in de onderhandelingen met de inkopers voor de 1^e en 2^e lijns zorg. Ook de zorgverzekeraar heeft dus een belangrijke taak zorg te dragen voor interne communicatie over de gekozen (en afgesproken) richting.

In de proeftuinen is afgesproken dat de overige zorgverzekeraars dezelfde afspraken hanteren naar de ketenpartners als de afspraken die door de dominante zorgverzekeraar zijn gemaakt. In de praktijk bleek die afspraak niet vanzelf te gaan. Ook voor de zorgverzekeraar is het belangrijk dat

het ziekenhuis financieel gezond blijft, daarom worden langdurige contracten met een aanneemsom afgesloten om de PxQ prikkel eruit te halen en veranderingen door te kunnen voeren. Verder moeten de gedane activiteiten betaald worden. Als niet betaald wordt voor meekijken met een huisarts, moeten die kosten op een andere manier wel terugverdiend worden. Dit geldt ook voor veranderkosten. Onderhandelaars van zorgverzekeraars vinden dit lastig. De zorgverzekeraar moet goed voorgerekend worden dat als minder gedaan wordt, de stuksprijs vaak wel omhooggaat.

De IGJ is aan het nadenken over wie er nu aansprakelijk is voor de geleverde zorg in netwerken, want dat is nu soms niet duidelijk. Door met alle organisaties een geformaliseerd netwerk te vormen is en de aanspraak geregeld en wordt voorkomen dat partijen er zomaar uitstappen.

De gemeente heeft een belangrijke rol en is een belangrijke partij als meer aan gezondheid en preventie gedaan moet worden, want er is veel interactie tussen sociale problematiek en de zorgvraag. Dit vraagt samenwerking in het sociale domein, waarvan de verantwoordelijkheid en de kosten sinds 2015 bij de gemeente liggen.

Een van de experts geeft aan dat de UMC's onderzoeksmatig een grotere rol zouden moeten spelen bij het monitoren en onderbouwen van alle veranderingen. Daarbij dienen de UMC's wel op te passen niet een te grote leidende rol te gaan innemen en het initiatief weg te halen bij de perifere ziekenhuizen en de 1e lijn.

5.2 Casus MijnZorg

Inleiding

De oostelijke en westelijke mijnstreken in Zuid-Limburg hebben CZ als dominante zorgverzekeraar. Het hebben van een dominante zorgverzekeraar was een van de eisen van het ministerie van VWS om een proeftuin te kunnen worden. Ook heeft deze regio te maken met onverklaarbaar hoge ziektekosten, zelfs als gecorrigeerd wordt voor de (on)gezondheid van de bevolking.

Voor deze proeftuin is gekozen in deze thesis, omdat er een ziekenhuis bij betrokken was en zij het meest uitgebreide programma hadden. Ook hebben zij al 8 interventies op verschillende vlakken uitgevoerd en geëvalueerd: op zorginhoudelijk vlak, op het preventievlak en op het randvoorwaardelijke vlak. Alleen de proeftuin Gezonde Zorg, Gezonde Regio uit de regio rondom Alphen aan de Rijn heeft er met 11 geëvalueerde interventies meer, maar deze zijn vooral zorginhoudelijk georiënteerd.

Door de 5 fases die genoemd worden in de proeftuin evaluatie te gebruiken, past MijnZorg het beste in fase 2 (RIVM, 2018). In fase 2 wordt actief meegedaan aan de interventies binnen het regionale initiatief. Zoals in de interviews valt te lezen worden er actief vanuit een gezamenlijke visie interventies ontwikkeld. Fase 3 is echter nog niet bereikt, maar men is daar wel naar toe aan het groeien. In fase 3 komt men bij verbreding en verdieping van de samenwerking zodat er een plan van aanpak komt richting een toekomstgericht gezondheidssysteem. Er moeten dan nieuwe stakeholders bij betrokken worden en in toenemende mate sprake zijn van domeinoverstijgende interventies, waaraan ook financiële consequenties zitten.

Wat is de noodzaak van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP)?

Binnen MijnZorg is iedereen die gesproken is overtuigd van de veranderingen die moeten plaatsvinden in huidige manier van zorgverlening. De trend in de westerse samenleving van het verschuiven van de zorgvraag van acute zorg naar chronische zorg wordt ook gezien. Zorg moet slimmer ingericht worden, bijvoorbeeld door de zorg in 3 categorieën op te delen: de ZBC (Zelfstandige Behandel Centra) achtige categorieën (zoals liesbreuken, dermatologische klachten, spataderzorg); de zorg die in relatief korte tijd, maar intensief en multidisciplinair geleverd moet worden zoals oncologische zorg en zorg voor mensen met een chronische ziekte of kwetsbare multimorbide (vaak oudere) patiënten. Uit analyse in het Zuyderland ziekenhuis blijkt dat de ZBC-achtige groep 17% van de bedden capaciteit gebruikt en de laatste groep wel 50%, terwijl vaak de zorg voor deze groep niet per se in het ziekenhuis geleverd hoeft te worden. Bij MijnZorg merken ze dat ze in het ziekenhuis overlopen worden door ouderen die niet in het ziekenhuis thuishoren. Men heeft in de Zuid-Limburgse regio in juni 2018, na een intensieve sessie van 2 dagen met de beide huisartsenverenigingen, de VVT, het ziekenhuis en de dominante zorgverzekeraar, een pact gesloten met elkaar. Hierin verklaren zij dat zij samen verantwoordelijk zijn voor de juiste zorg op de juiste plek.

Welke mogelijkheden biedt JZOJP?

De huisartsen zijn een belangrijke partner bij het verwezenlijken van de doelen. In de proeftuin MijnZorg is Triple Aim de basis waarop de plannen zijn gebaseerd. Inmiddels blijkt bij de experimenten dat inderdaad de kosten lager uitvallen en is de patiënttevredenheid ook hoger, maar

de kostenbesparing op populatieniveau is nog niet aangetoond. De experimenten zijn hiervoor nog te kleinschalig.

Door het inrichten van 1 ½-lijnspoli's en aldaar de verwijzingen samen met een kaderarts te screenen, wordt een ander doel verwezenlijkt, namelijk kennisoverdracht. Deze kennisoverdracht, door de discussie over de inhoud van de verwijzingen, wordt positief beoordeeld door alle partijen.

Welke moeilijkheden is men tegengekomen?

De overheveling van zorg vergt regie, maar niet iedereen durfde die rol op te pakken, terwijl regievoering wel noodzakelijk is. Het daadwerkelijk verwezenlijken van veranderingen was taai, het is voortdurend tegen de stroom in roeien.

Van belang is ook dat iedereen de goede aannames heeft en dat bij discrepantie dit goed uitgezocht wordt. Op een bepaald moment lagen bijvoorbeeld de verzekeraars dwars rondom een project over diabeteszorg. Terwijl de dokters wel enthousiast waren. Dit zorgde voor onderlinge wrevel. Na veel praten en door de inhoud in te gaan en nadat beide partijen dit financieel hadden uitgezocht, leek het erop dat de verzekeraars niet de goede aannames hadden gedaan, want het ging uiteindelijk veel beter dan de zorgverzekeraar gedacht had. Deze situatie heeft voor veel vertraging en discussie gezorgd.

Een van de geïnterviewde personen zei het fraai: 'Je ziet waar je naar toe moet, maar iedereen heeft eigen belangen.'

Wat zijn succesfactoren?

In deze proeftuin heeft men echt geïnvesteerd om de verstoorde onderlinge relatie en het verstoorde onderlinge vertrouwen weer te herstellen, alvorens aan de slag te gaan. Ook een duidelijk urgentiebesef was aanwezig aangezien de Zuid-Limburgse regio vergrijsd en de bevolking gemiddeld ongezond is. Met een gezamenlijke visie in de hand is vervolgens door het bestuur goed gefaciliteerd dat de diverse partijen regelmatig met elkaar om tafel konden zitten.

Door met elkaar vaak aan tafel te zitten kon zowel de ambitie, als de belangen en het proces en de gevolgen voor elke organisatie duidelijk aan bod komen. Hierdoor werd duidelijk waar iedereen stond. Vanuit al deze partijen werd een kerncoalitie gevormd die regelmatig bij elkaar kwam. Ze zijn begonnen met een klein experiment met weinig financiële impact en weinig impact op de productie, zodat men elkaar echt leerde kennen en vertrouwen. Hierdoor ging men elkaar ook iets gunnen. Dit was essentieel want de stap van een klein experiment naar een grootschaliger project was echt een uitdaging, het vergde serieuze financiële offers en tijdsinvestering en zal in de nabije toekomst ook impact hebben op de productie van de betrokken partijen. Alle succesjes werden dan ook gevierd en uitgebreid gecommuniceerd. Want de mensen moesten stuk voor stuk uit hun comfortzone komen en iets veranderen aan zichzelf en aan de relatie met hun collega's.

Men moet geduldig zijn en ook tegenslagen kunnen incasseren. Het is dus van belang dat men met elkaar in gesprek blijft en over de problemen en knelpunten. De verschuiving van zorgproductie zorgt dat de werkdruk bij de ontvangende partij omhoog gaat. Door de kennis van de huisartsen te vergroten (bv door gezamenlijk de verwijzingen te screenen) creëer je een positieve interactie en kan de patiënt actiever en langer door de huisarts begeleid worden. Hierdoor wordt ook het werk van de specialisten leuker, vanwege minder eentonigheid en minder routinematige handelingen.

Een van de betrokkenen gaf ook aan dat de zorgverzekeraar uitgebreid meegenomen moet worden in het proces en ze inzicht moeten krijgen, want het is soms verbazingwekkend hoe weinig zicht ze hebben op hoe een ziekenhuis werkt. Lange termijncontracten zijn essentieel om het project te laten slagen, er is tijd nodig om de kosten af te bouwen en ruimte te creëren om de transitie te kunnen maken.

In 2015 is tegelijkertijd met de fusie van de twee ziekenhuizen uit Sittard en Heerlen een coöperatie opgericht waarin alle artsen en hun gremia zitten, dus zowel de vereniging medisch specialisten (VMS), het medisch specialistisch bedrijf (MSB) als de vereniging medisch specialisten in dienstverband (VMSD). Het initiatief voor het oprichten van de coöperatie kwam vanuit de specialisten zelf er waren geen enorme tegenstellingen tussen de vrijgevestigden en de specialisten in dienstverband. In deze coöperatie is men heel transparant over de financiën, de specialisten in dienstverband mogen bij de bespreking ervan er gewoon bij zijn, maar hebben geen stem in de verdeling. Door deze transparantie is er veel minder onderling wantrouwen en worden er veel minder aannames gedaan. Sindsdien is het grootste deel van de besproken onderwerpen niet financieel.

Vanuit de coöperatie is wekelijks overleg met de raad van bestuur en is er sprake van een nauwe samenwerking en onderling respect. Per 1 juli 2019 zal het coöperatiebestuur aansluiten bij de raad van bestuur, doordat een aantal andere overleggen geschrapt kunnen worden zal dit leiden tot meer efficiëntie. Verder is er duaal management ingevoerd met in de tweede laag medisch managers en bedrijfskundigen op gelijkwaardige posities.

Wat zijn faalfactoren?

Er was in de regio in het verleden sprake van een verpeste relatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen. Het door sommige huisartsen onnodig doorsturen van patiënten naar de spoedeisende hulp zorgt voor een verhoogde werkdruk. Bij specialisten is nog veel weerstand te overwinnen, want het spreekuur doen op een buitenpoli kost reistijd en is vaak minder goed bezet en is dus minder efficiënt dan spreekuur in het ziekenhuis doen. Het doorbreken van de gedachte: 'het zal mijn tijd wel duren', is de grote uitdaging bij de transitie.

De beloningsstructuur zal echt anders moeten, want specialisten willen in woord wel aanpassen, maar het blijft volgens de gesproken personen spannend of ze het echt gaan doen als duidelijk wordt dat de verplaatsing van zorg financieel echt pijn gaat doen. Het is een gegeven dat als men aan de portemonnee komt van iemand, men toch anders reageert. Ook de angst voor de verandering en het behoud van de eigen baan speelt mee.

Verder is er sprake van wensdenken bij veel partijen, hetgeen ervoor zorgt dat de vertaling naar de dagelijkse praktijk van een kleinschalig project niet altijd voldoende aandacht krijgt. Bij het opschalen van de projecten wordt continu tegen de grenzen van elke organisatie aangelopen, want die blijken niet ingericht om een dergelijke transitie makkelijk te kunnen faciliteren. Ook is een moeilijkheid dat een kleine eenmalige bijdrage meestal wel lukt, maar structureel een grotere financiële bijdrage leveren om keuzes vraagt en soms om pijnlijke beslissingen.

Het blijft dan ook mensenwerk en men moet niet denken dat als het goed op papier staat of een goed systeem is, dat het dus ook gaat lukken.

Wat is de invloed van hoge werkdruk?

40% van de patiënten op de spoedeisende hulp hoort daar eigenlijk niet thuis, dus door dit aan te pakken zal de werkdruk hopelijk omlaag gaan.

Wat is de invloed van personeelskrapte?

Iedereen geeft aan dat Limburg te maken heeft met vergrijzing en krimp van de bevolking, hierdoor hebben steeds meer mensen zorg nodig en zijn er steeds minder mensen die zorg kunnen leveren, dit is een drive om mensen mee te krijgen. De urgentie van dit probleem wordt door iedereen onderkend en wordt ook gezien als een positieve drijfveer.

Door meer in de thuissituatie te doen wordt de druk op de bedden in het ziekenhuis verminderd, terwijl personeelskrapte vooral een probleem is bij verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk en minder in het ziekenhuis. Ze vertelden dat door uitwisseling te bewerkstelligen in de regio tussen de verpleegkundige functies in het ziekenhuis en in de care in de wijk communicerende kanalen ontstaan. Verder proberen ze door functiedifferentiatie iedereen te laten doen waarvoor die is opgeleid, waardoor maximaal rendabel gebruik gemaakt wordt van de aanwezige capaciteit en leuker werk ontstaat.

Wat is de rol van het ziekenhuis management/bestuur?

Het begint bij 2 mensen die elkaar mogen en een visie delen als eerste op bestuursniveau, dus top down, daarna moet de invulling overgelaten worden aan de professionals. Alle deelnemers moeten er echt in geloven en dit ook uitdragen. Dan moet er een dagelijks bestuur gecreëerd worden en een stuurgroep waarin leden van het middel en hoger management van alle deelnemende partijen zitten, niemand is namelijk verantwoordelijk voor het geheel. De deelnemende specialist moet vrijgemaakt en gecompenseerd worden, hierdoor gaat de vrijblijvendheid eraf en daar heeft het project veel profijt van, want zonder faciliteren blijft het hobby werk. Zo werd na de beleidsdag in 2018 het project serieuzer genomen en is er sindsdien een medisch specialist als manager transmurale zorg aangesteld vanuit het ziekenhuis voor 16 uur in de week, wel nog van een tijdelijk budget.

In het ziekenhuis is een bestuursraad gecreëerd waarin 3 leden van de raad van bestuur en de 3 medisch specialisten van het coöperatiebestuur zitten, hier wordt alles op basis van consensus besloten terwijl de formele verantwoordelijkheden blijven bestaan. Het coöperatie bestuur, waar alle medisch specialisten inzitten, bestaat uit dezelfde 3 specialisten. Door gehele ziekenhuis is deze dualiteit ingevoerd. Gezamenlijk stralen zij duidelijk uit en benadrukken ze dat management en coöperatiebestuur achter de reorganisatie staan en dat er een inkomensdaling aan vast zit, maar dat stil blijven zitten geen toekomstbestendige optie is, want dan wordt de ziekenhuiszorg te duur. Dit wordt door alle partijen wel als een spannende periode ervaren. Bestuurders hebben namelijk niet altijd oog voor de praktische aspecten die maatregelen hebben op medisch specialisten en ander personeel. Afbouw van het aantal medisch specialisten heeft bijvoorbeeld direct gevolg voor de dienstbelasting van de achterblijvers en hiervoor moet wel voldoende aandacht zijn.

Wat is de rol van de medisch specialist?

Als de medisch specialisten echt geloven in de transitie van de zorg heeft dat grote invloed op het succes, want de medisch specialisten moeten patiënten overtuigen om weer terug te gaan naar de huisarts. Er is uitgezocht dat als de specialisten enthousiast hierover zijn en er echt in geloven dat goede resultaten geeft met tot bijna 50% reductie in poli bezoeken en opnames.

Wat is de rol van de andere deelnemers: verzekeraar, andere zorg professionals of de patiënt zelf?

De mate waarin regie gepakt wordt door de zorgverzekeraar wordt door de verschillende geïnterviewden anders gezien, de ene vindt dat ze te weinig de regie pakken en de ander vindt dat ze dit juist actief doen.

5.3 Casus Rivas

Inleiding

De regio rondom de Rivas zorggroep in Gorinchem is geen proeftuin van het ministerie, ook al hebben zij VGZ als dominante zorgverzekeraar. Wel zijn zij proeftuin van VGZ zelf. Het is op initiatief van de raad van bestuur zelf allemaal begonnen. Zij zijn voor een groot deel al in fase 3. Zij hebben inmiddels bewezen dat verplaatsing terug naar de eerste lijn mogelijk is en dat dit ook besparingen opleveren op populatieniveau, daarnaast is de tevredenheid van de patiënten over de geleverde zorg ook gestegen (PWC, Strategy&, 2017). Al deze besparingen zijn gerealiseerd door verplaatsing naar de huisartsen en niet alleen het ziekenhuisgebouw uit, maar nog steeds onder supervisie van de specialist.

Voor deze proeftuin is gekozen in deze thesis, omdat zij een proeftuin zijn van een zorgverzekeraar en niet van het ministerie.

Noodzaak van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP)

De noodzaak vanuit regeringsoogpunt om de zorgkosten in de hand te krijgen en liever nog te beperken wordt gezien. De juiste zorg op de juiste plek klinkt wel goed. Veel mensen vertalen het echter direct naar dat het weghalen van zorg uit de ziekenhuizen altijd het beste is wat men kan doen. De geïnterviewden vragen zich af of dit ook zo is in de regio van Gorinchem, want het kan namelijk gevolgen hebben voor het overleven van het ziekenhuis zelf en de daar aanwezige regionale achterwacht die bereikbaar moet blijven. Dit betekent dat op regionaal niveau de oplossingen kunnen verschillen. Als de doelmatigheid aan de orde komt moet het dicht bij de dokter en de patiënt gebracht worden, want anders blijft het een loze term die lastig concreet te maken valt.

Welke mogelijkheden biedt JZOJP?

De raad van bestuur van de Rivas zorggroep werd in 2013 geïnspireerd door het rapport: “Kwaliteit als medicijn, aanpak voor betere zorg en lagere kosten” van Booz&co (in 2014 als Strategy& onderdeel geworden van PWC) uit augustus 2012 (Booz&co, 2012). Hierin wordt omschreven hoe door de huidige neiging naar efficiëntie verhoging er steeds minder tijd voor patiënt zelf beschikbaar is, maar er wel een snellere doorstroom en procesverbetering tot stand gebracht wordt. Dat dit weliswaar leidt tot meer productie, maar tot afnemende kwaliteit in ogen van patiënt. De raad van bestuur zag wel dat er veel veranderingen aan zaten te komen binnen de zorg en dat de betaalbaarheid van ons zorgstelsel op deze wijze niet toekomstbestendig was. De overtuiging was dat men een betere positie heeft als men zelf het initiatief neemt, dan als men afwacht wat er komen gaat en achter de feiten aan moet lopen. Dit is geconcretiseerd door in 2014 op basis van de concepten uit het rapport de samenwerking met VGZ aan te gaan. Nu kon men kijken naar medisch specialistische kennis die buiten het gebouw ingezet kon worden of naar samenwerking en het aanbieden van diensten in netwerken, los van het ziekenhuis.

Door de samenwerking was het mogelijk om stappen te zetten, hierdoor ging de druk op de 1^e lijn wel omhoog. Daarom moet nu ook gezorgd worden voor verschuiving naar de wijkverpleging en de 0^e lijn en preventie, dat ligt in het sociale domein en daar is gemeente bij nodig, die zit nu nog niet

aan tafel. Door deze verschuiving krijgt de medisch specialist meer tijd voor de patiënt die ook daadwerkelijk medisch specialistische zorg nodig heeft.

Welke moeilijkheden is men tegen gekomen?

De eerste moeilijkheid die overwonnen moest worden was het opstellen van een contract waarin iedereen zich kon vinden: verzekeraar, raad van bestuur en medische staf. Bezuiniging was namelijk niet de doelstelling van het ziekenhuis, maar wel van de verzekeraar. Zorg heeft echter waarde en dat moest erkend worden, zodat de discussie daarover ophield. “Minder volume maar wel heel goed” was de insteek van het ziekenhuis. In begin was de groep believers heel klein en was de vraag hoe de rest te prikkelen was om mee te doen. Uiteindelijk is ervoor gekozen om een deel van het honorarium budget alleen aan meedoen te koppelen en niet aan de mogelijk te boeken resultaten.

Pas na 1,5 jaar kwamen uit overzichten positieve resultaten met betrekking tot vermindering van productie. Hiervoor was wel een wake-up call nodig. Ab Klink heeft de medisch specialisten in 2016 toegesproken, waarin te kennen gegeven werd dat hij zijn nek had uitgestoken om dit experiment te financieren, maar dat daarvoor wel de medewerking van de dokters nodig was.

Een ander knelpunt waar men nu tegenaan aan het lopen is, is dat radicale verplaatsing van zorg ervoor kan zorgen dat je zelf overbodig wordt en dit kan leiden tot het verdwijnen van het ziekenhuis, omdat er gewoon te weinig zorg over blijft voor in t ziekenhuis zelf. Dit kan weer leiden tot vershraling van het zorgaanbod in de regio, over een oplossing hiervoor moet dus goed worden nagedacht. Dit levert discussie op met de federatie (samenvoeging van VMS, MSB en VMSD in het Beatrixziekenhuis) over het behoud van medisch specialistische inzet.

Wat waren de succesfactoren?

Doordat de financiering op de schop ging en los kwam te staan van DBC-productie was er meer mogelijk en werd er buiten de kaders gedacht. Lange termijncontracten waren dan ook essentieel om het project te laten slagen.

Men heeft niet te veel tijd in een masterplan gestoken, want succes is meestal van vele factoren afhankelijk. Vooral klein beginnen vanaf de werkvloer was het adagium, vanaf het begin de huisarts erbij te betrekken en door veel regelwerk uit handen te nemen van de dokters, werd de kans op succes groter. Na initieel succes en door dit te vieren ontstond er meer enthousiasme om deel te nemen aan werkgroepen en komen er nog steeds nieuwe ideeën vanuit de diverse vakgroepen.

Ambassadeursgroepen werkten ook stimulerend, hierin vertelde men elkaar waarmee ze bezig waren en enthousiasmeerde men elkaar. Deze ambassadeursgroepen bestaan nog steeds. Wel heeft elk project een voortrekker nodig die leiderschap toont en uitstraalt. Door iedereen voor ogen te houden dat als op een andere manier gewerkt wordt er meer tijd over blijft voor patiënten en meer tijd voor patiënten weer leidt tot meer werkplezier en tot meer kwaliteit van de patiëntenzorg. Het benoemen van de tegengestelde belangen, namelijk minder dokters nodig, waardoor er een hogere dienstbelasting ontstaat, is belangrijk. Dus wordt op dit moment onderzocht in deze regio wat de minimale bezetting is die nodig is voor een structuur met een acceptabele werk en dienstbelasting.

Wel werden tot nu toe de patiënten onvoldoende actief betrokken bij de projecten, zij werden meer als zorgobjecten gezien. In de huidige fase worden ze wel actief betrokken bij nieuwe projecten. Ook

al is men al een paar jaar bezig, ontstaan bij elke vakgroep nog steeds nieuwe ideeën. Verpleegkundigen komen ook nu met goede ideeën, hiervoor was in het verleden minder oog.

Wat waren de faalfactoren?

Gelukkig was door de kleinschaligheid en het laagdrempelig contact in het Beatrixziekenhuis geen sprake van wantrouwen. Want wantrouwen tussen raad van bestuur en de medische staf is een probleem in dit soort trajecten.

Zorg naar het sociale domein verschuiven is lastig als de gemeente niet aan tafel zit. De maatschappij zelf moet ook opgevoed worden en met meer kennis de eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid nemen.

Wat is de invloed van hoge werkdruk?

Regelmatig is er nog discussie over hoge werkdruk terwijl getalsmatig wordt gezien dat er minder polikliniek bezoeken zijn. Ook is er meer ruimte gekomen voor studie en compensatie na dienst. Het werkplezier ligt duidelijk hoger geven de specialisten aan. Gevoelsmatig hebben de meeste specialisten echter niet het idee dat de werkdruk verlaagd is, maar geven ze wel aan dat de overdruk er af is. De poli's zijn nog steeds vol. Anders werken en geen makkelijke patiënten meer op het spreekuur zien, die op de automatische piloot geholpen kunnen worden, is wennen en leidt toch tot een gevoel van hoge werkdruk. Daarnaast is dienstbelasting een issue, want wat is de minimale bezetting die nodig is om de 24x7 diensten te coveren, dit speelt ook mee in de discussie met de zorgverzekeraar. Als de specialisten niet directe patiëntenzorg kunnen leveren, worden ze ergens anders ingezet.

Wat is de invloed van personeelskrapte?

Er is vooral sprake van personeelskrapte bij verpleegkundigen en verzorgenden in wijk en verpleeghuizen, in het ziekenhuis valt het mee. Men heeft zelfs een afdeling kunnen sluiten vanwege het verkorten van de ligduur. Op medisch specialistisch niveau is er geen sprake van personeelskrapte.

Wat is de rol van het ziekenhuis management/bestuur?

Duaal management is ingevoerd door het hele ziekenhuis, het ziekenhuis wordt aangestuurd door een ziekenhuisdirecteur en een medisch directeur. De medisch directeur is de voorzitter van de federatie (waarin VMS, MSB en VMSD verenigd zijn). Het Beatrixziekenhuis valt in de Rivas zorggroep direct onder de raad van bestuur. De lijnen met de raad van bestuur zijn kort en hierdoor is de relatie van de medische staf met de raad van bestuur goed. De risico's en de kansen worden eerlijk met elkaar gedeeld. Ook al heeft de raad van bestuur in het begin druk uitgeoefend op de medisch specialisten om te starten, is het daarna een beweging van de dokters geworden, die door de raad van bestuur gefaciliteerd wordt. Hierdoor werd het management samen met de specialisten verantwoordelijk en hadden ze een gezamenlijk doel.

Wat is de rol van de medisch specialist?

De voorlopers hebben de behaalde resultaten laten zien, zodat de middengroep mee ging doen. Hierdoor wordt de kritische groep steeds kleiner. Door zelf te geloven in de mogelijke kostenreductie, moet men er ook zelf mee aan de slag gaan. Toen eenmaal de resultaten zichtbaar werden dan kwamen er vanzelf meer ideeën. Sommige specialisten werken wel mee, maar geloven er niet in, zij zijn snel geneigd om als het tegenzit te zeggen: dan gaan we toch gewoon weer produceren. Doordat de believer groep groot genoeg is fluiten zij zelf hun collega's terug.

Het is begonnen als spel voor de dokters en er zaten alleen dokters aan tafel. Tegenwoordig staat de participatie van burgers/patiënten weer actief op de agenda en is men aan het nadenken hoe dat vorm te moeten geven.

Wat is de rol van de andere deelnemers: verzekeraar, andere zorg professionals of de patiënt zelf?

De verzekeraar wil vaak direct een kostenreductie inboeken en wordt zenuwachtig als na een jaar nog geen duidelijke resultaten zijn geboekt. In de Rivas zorggroep werden pas na 1 ½ jaar de eerste resultaten zichtbaar met betrekking tot vermindering van de productie. De wake up call van Ab Klink in 2016 was nodig en heeft indruk gemaakt. Door zorgverzekeraar inzicht te geven in hoe het werkt in een ziekenhuis leidde dit tot openheid en vertrouwen. Ook werden zij op deze wijze mede-eigenaar van problemen rondom dienstbelasting en minimale groepsgrootte van vakgroepen. Ook moet alles goed doorgerekend worden met de zorgverzekeraars want als men minder gaat doen, dan gaat de stuksprijs wel omhoog en daalt het totale budget minder hard dan gehoopt. Zorg in ieder geval door veel te praten en door de inhoud op tafel te leggen dat alle partijen de juiste aannames doen en niet ten onrechte in de weerstand zitten.

Groot deel van de zorg is overgedragen aan de huisartsen, het is dus van belang deze vanaf het begin mee te nemen. Het is essentieel om van tevoren te overleggen met de huisartsen over de manier waarop zorg terug verplaatst wordt naar hen, want zij krijgen een toename van drukte op deze manier.

Als laatste geven de gesproken mensen aan dat er ook oog moet zijn voor de voorstellen van verpleegkundigen want ook zij komen inmiddels ook vaak met goede ideeën.

5.4 Conclusies

Deelvraag 2

Wat kunnen we leren van de huidige initiatieven in Nederland, in het bijzonder de rol van ziekenhuis management/bestuur en de medisch specialisten?

Door het RIVM is er een uitgebreide literatuurstudie gedaan en zijn er vele interviews met de diverse stakeholders binnen de 9 proeftuinen gehouden. De resultaten van de literatuurstudie en de interviews in het kader van deze thesis zijn congruent met die van het RIVM. De organisatie van de gezondheidszorg in Nederland verschilt ten opzichte van de organisatie van de gezondheidszorg in andere landen. Wat van de Nederlandse initiatieven te leren valt is dat bij alle gesproken ziekenhuizen er een samenvoeging heeft plaatsgevonden van de VMS, VMSSD en MSB in een coöperatie of een federatie. Het bestuur van dit samenwerkingsverband is aangesloten bij het ziekenhuisbestuur om de precare onderlinge relatie te verstevigen. De gezamenlijk genomen keuzes worden op deze manier veel beter geaccepteerd binnen het ziekenhuis. De gesproken ziekenhuizen zijn hierdoor in staat om veranderingen in het zorgproces ook daadwerkelijk succesvol door te voeren.

Verder valt op dat de gevonden algemene principes weliswaar algemeen geldig zijn, maar dat de invulling van deze principes op lokaal niveau toch net anders kan of moet zijn om tot een succes te komen.

Deelvraag 3

Welke mogelijkheden en moeilijkheden worden gezien voor de realisatie van JZOP?

De grote uitdaging volgens alle geïnterviewden zit in de manier hoe de chronische zorg vormgegeven moet worden. Ook hebben mensen tegenwoordig echt andere zorg en ondersteuning nodig dan vroeger en de mensen, die het kunnen, willen steeds meer regie over hun eigen gezondheid.

Alle gegeven voorbeelden zijn onder te verdelen in twee grote stromingen. De ene manier is meer zorg het ziekenhuisgebouw uit te plaatsen naar de mensen thuis, maar nog wel onder de verantwoordelijkheid van de specialisten in het ziekenhuis. De andere manier is om de instroom naar het ziekenhuis te beperken door huisartsen weer zelf te laten doen, wat zij zelf kunnen. Daarnaast kunnen patiënten meer aan zelfmanagement doen, waarna zij überhaupt geen arts meer hoeven te zien.

Op beide manieren krijgt de medisch specialist in het ziekenhuis meer tijd voor de patiënt die ook daadwerkelijk medisch specialistische zorg nodig heeft. Een van de verwachte problemen zal de acceptatie zijn dat steeds meer zorg die door minder hooggekwalificeerd personeel geleverd kan worden, ook daadwerkelijk door minder hoogopgeleide zorgprofessionals geleverd wordt.

Verder is het risico groot dat de hele discussie verengt tot verplaatsing van zorg en niet meer over de echte vraagstukken die daarvoor liggen, zoals gezondheid en preventie. Deze overheveling van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn en ook naar het sociale domein vereist regie, maar lang niet iedereen durft die rol op te pakken. Veel patiënten zijn namelijk niet in staat om goed voor zichzelf te zorgen, terwijl dat wel het streven is van de huidige politiek. Dit is de groep mensen die vaak zorg nodig heeft en waar de interactie met de problematiek in het sociale domein groot is. Deze groep mensen heeft vaak meer aandacht, voorlichting en -ondersteuning nodig.

Als laatste maken de financiële schotten tussen de 1^e en 2^e lijn het lastig om met zorgverzekeraars tot goede afspraken te komen over wie wat en in welke setting gaat betalen. Daar waar het de interactie met het sociale domein betreft, is het lastig om met de lokale gemeente tot goede (financiële) afspraken te komen. Het helpt daarbij niet mee dat het ongelooflijk moeilijk is om de geboekte resultaten, met de Triple Aim in gedachte, wetenschappelijk aan te tonen.

Deelvraag 4

Wat zal de invloed zijn van de huidige dilemma's, zoals hoge werkdruk en personeelskrapte, in de zorg in Nederland op het realiseren van JZOJP?

De geïnterviewde bestuurders zien de hoge werkdruk als een stimulerende factor om de zorg anders in te richten. De hoge werkdruk is een realiteit en verandering vanuit de bestaande bedrijfsvoering betekent daarbij een verhoging van de werkdruk. Ook het aantoonbaar maken van de effecten van deze veranderingen, vergt weer registratie. Dit voert de registratielast nog verder op. Terwijl de registratiedruk in Nederland wordt geschat op 2 volle dagen per week voor de medisch specialisten (FMS, 2018). De FMS heeft de vermindering van deze registratiedruk op de politieke agenda gezet. Daarnaast staat het streven naar 50% uitkomstgerichte zorg van diezelfde politiek en de vermindering van de registratielast haaks op elkaar, want uitkomstgerichte zorg vergt meer registratie. Dit dilemma wordt echter niet geadresseerd in het rapport: "Ontwikkeling uitkomstgerichte zorg 2018-2022" (MIN VWS, 2018). Ook uit de internationale literatuur bleken de gevolgen van integrated care op de werkdruk een valkuil te zijn. Medisch specialisten gaven in het onderzoek van Stephenson aan dat er in hun ogen te weinig aandacht is voor de impact hiervan (Stephenson, Campbell, & et al, 2017). De Nederlandse medisch specialisten die ik sprak in het kader van dit onderzoek geven een zelfde waarschuwing af. De geïnterviewde bestuurders zeggen echter wel oog te hebben voor de hoge werkdruk. Interessant is dat zowel in de literatuur als uit de interviews naar voren komt dat interessant werk en werkplezier de werkdruk verlaagd of gedeeltelijk compenseert.

De personeelskrapte wordt door de geïnterviewde bestuurders en medisch specialisten eigenlijk alleen op verpleegkundig niveau ervaren en dan vooral in de wijkverpleging. Meer in de thuissituatie doen en verkorting van de ligduur leidt tot het sluiten van verpleegafdelingen. Dit terwijl er vooral sprake van personeelskrapte is van verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk en verpleeghuizen.

De bestuurders duiden werkdruk en personele krapte min of meer als positief, omdat zij de sense of urgency verhogen om verandering te realiseren. Deze positieve connotatie bij werkdruk geldt niet voor de betrokken professionals. Zij maken zich juist zorgen, ook om de extra registratielast – en dus werkdruk - die de gerichtheid op uitkomsten met zich meebrengt. Voor dit aspect lijkt op beleidsmatig niveau inderdaad weinig aandacht te zijn.

Verder blijkt uit de beide casussen dat het noodzakelijk is om de discussie te voeren over de minimale bezetting die nodig is voor een acceptabele dienstbelasting en continuïteitsborging, zeker in het licht van toenemende differentiatie van de diverse specialismen. Het creëren van zinvolle taken voor de medisch specialisten die nodig zijn voor de minimale bezetting is belangrijk, indien er onvoldoende productie voorhanden is.

Deelvraag 5

Welke rol is weggelegd voor het realiseren van JZOJP voor ziekenhuis management/bestuur en voor de medisch specialist?

Alles draait om vertrouwen in elkaar en dit moet men voeden en borgen. Binnen de gesproken ziekenhuisorganisaties zijn ter bevordering van het onderlinge vertrouwen alle wettelijke gremia van de medisch specialisten samengevoegd (VMS, MSB en VMSD). Het gekozen bestuur van dit samenwerkingsverband sluit aan bij de raad van bestuur van het ziekenhuis. Zo wordt het vertrouwen tussen de raad van bestuur en de medische staf geoptimaliseerd. Dit zorgt, zoals bij de conclusie van deelvraag 2 al is beschreven, voor medisch specialisten als ambassadeurs en een grotere kans van slagen van de verandering. Want de medisch specialisten zelf moeten de verandering leiden en bijvoorbeeld de patiënt overtuigen dat het prima is dat voortaan de zorg weer door de huisarts geleverd wordt. De medisch specialist is het dan ook aan zijn stand verplicht om voor zijn patiënten de kwaliteit van de zorg continu te willen verbeteren. Het is de nieuwsgierigheid van de specialist die vernieuwing aanjaagt.

6 DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Het hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg is gesloten in 2018. Het rapport: “De Juiste Zorg Op de Juiste Plek” heeft als basis hiervoor gediend en is de strategische richting waar ons zorgstelsel zich naar toe moet ontwikkelen. Het hoofdlijnenakkoord geeft aanwijzingen voor de te volgen tactiek. Dit houdt niet alleen verplaatsing in van zorg van de 3^e naar de 2^e lijn en van de 2^e naar de 1^e of zelfs de 0^e lijn. Ook moet de zorg anders vormgegeven worden door meer te delegeren en de zorgpaden transmuraal vorm te geven. Dit vraagt om verandering over organisaties heen, waardoor op basis van samenwerking alles tot stand moet komen. De vraag die centraal staat in dit onderzoek is welke randvoorwaarden voor deze samenwerking noodzakelijk zijn, waarbij de focus ligt op de rol van het management in het ziekenhuis en de rol van de medisch specialist. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste en opvallendste bevindingen behandeld. Eerst wordt ingegaan op de gevonden randvoorwaarden urgentiebesef, werkdruk, datamanagement, personeelskrapte en financiering. Vervolgens wordt stilgestaan bij de rol van ziekenhuisbestuurders, medisch specialisten en andere betrokken partijen. Tot slot wordt ingegaan op het belang om keuzes te maken in patiëntenstromen. In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 7) wordt afgesloten met concrete aanbevelingen om de JZOJP te doen slagen.

Urgentiebesef

Iedereen die geïnterviewd is beaamt dat zorg verlenen op dezelfde voet te duur wordt in de toekomst. Dit is echter een abstract begrip, want de kosten stijgen geleidelijk over de komende jaren. Een veel directere drijfveer voor iedereen is de huidige personeelskrapte. Dit levert een acuut urgentiebesef op en zorgt ervoor dat er maatregelen genomen worden om voldoende mensen op te leiden voor de benodigde beroepen. Dit is een typisch voorbeeld van een kortetermijnoplossing, terwijl de lange termijn problematiek op deze wijze niet aangepakt wordt. Het besef dat alleen maar meer mensen opleiden voor de zorg niet een toekomstbestendige oplossing is, is wel aanwezig blijkt uit de interviews. De kortetermijnoplossing is ook positief uit te leggen, de mensen komen namelijk in beweging. Dit kan een hefboom zijn voor de verandering.

Werkdruk

De huidige werkdruk in de ziekenhuizen en in de gehele zorgsector ligt hoog, zoals al benoemd bij de beantwoording van deelvraag 4. Toch is de uitdaging om de rust en de tijd te creëren voor de zorgprofessionals om transmurale zorgpaden uit te werken. De huisartsen dienen al vroeg meegenomen te worden in de plannen, want zij hebben het ook druk en zijn vaak de ontvangende partij. Uit de casussen komt duidelijk naar voren dat uitplaatsing van laag complexe problematiek helaas voor minimale verlaging van de werkdruk zorgt. Dit kan verklaard worden doordat de specialist nu continu moet nadenken en daardoor meer tijd per patiënt kwijt is. De laagcomplexe problematiek kan weer door de huisarts zelf afgehandeld worden omdat kennisoverdracht heeft plaatsgevonden op de 1½-lijns poli, waar samen met de kaderarts alle verwijzingen worden gescreend. Gelukkig zorgt uitplaatsing van laagcomplexe problematiek wel voor duidelijke verhoging van het werkplezier bij de medisch specialisten.

De registratielast, een andere oorzaak van de hoge werkdruk, is ook een serieus issue dat aandacht verdient. Zoals de FMS heeft aangetoond, besteedt de medisch specialist tegenwoordig 2 volle dagen per week aan registratie. De politiek heeft zelfs verlaging van deze registratielast als aandachtspunt benoemd. Dit staat haaks op de huidige ontwikkelingen en stand van zaken:

- De huidige generatie EPD's, zoals in hoofdstuk 2 is benoemd, stelt de medisch specialisten teleur in de mate waarop ze de registratielast verminderen en eigenlijk verzwaren.
- Het nastreven van uitkomstgerichte zorg door de politiek in Nederland, vergt meer registratie.
- Het bewijzen van de effecten van het verplaatsen van zorg vergt meer registratie.
- De registratie aan de bron, dus door de specialist zelf, zorgt voor meer registratie.

Het streven naar uitkomstgerichte zorg en de vermindering in de registratielast staan genoemd in een en hetzelfde document (MIN VWS, 2018). Doordat de politiek dit dilemma bewust of onbewust niet benoemt, creëert zij haar eigen faalfactor.

Werkdruk en registratiedruk wordt ook gevonden als probleem in de literatuur. Ondanks dat het genoemd wordt als een factor waarmee rekening gehouden moet worden, vindt men in de literatuur dat bij het uitvragen van medisch specialisten, aangegeven wordt dat werkdruk een onderbelicht item is (Stephenson, Campbell, & et al, 2017).

Datamanagement

Goed datamanagement van zowel medische inhoud als voor stuurinformatie levert de mogelijkheid op om de bestaande zorgprocessen verder te optimaliseren en de beperkte capaciteit optimaal te benutten. Dit vergt wel dedicated mensen en ook tijd bij iedereen om de gegenereerde data te interpreteren en te benutten in de PDCA-cyclus. Goed datamanagement zorgt er ook voor dat er steeds betere mogelijkheden komen voor decision support systemen.

Personeelskrapte

Te kort aan personeel wordt niet in de literatuur teruggevonden als probleem. Het is niet duidelijk waarom, misschien hebben andere landen genoeg mensen om op te leiden voor de zorg? Of het wordt gezien als een oorzaak van werkdruk en wordt het daarom niet apart benoemd? Dat de zorg bij het inzetten van meer werknemers duurder wordt en uiteindelijk onbetaalbaar is ook in andere landen een probleem en zoals in de inleiding aangegeven, is dit een vraagstuk dat in de gehele westerse wereld speelt.

Mogelijk is het een typisch Nederlandse discussie, maar uit de interviews met de bestuurders en de medisch specialisten komt naar voren dat het noodzakelijk is om de discussie te voeren over de minimale bezetting die noodzakelijk is voor een acceptabele dienstbelasting en continuïteitsborging, zeker in het licht van toenemende differentiatie van de diverse specialismen. De vraag die men zich moet stellen is: moeten er zinvolle werkzaamheden gezocht worden voor de medisch specialisten die wel noodzakelijk zijn voor een acceptabele dienstbelasting, maar waarvoor niet genoeg zorgproductie is? Of moeten er andere keuzes gemaakt worden, zoals afstoten van deze zorg of moet er samenwerking gezocht worden met andere ziekenhuizen om deze zorg toch in de lucht te houden?

Het bestaan van het fenomeen ziekenhuis wordt namelijk niet in twijfel getrokken. Het is alleen de vraag welke zorg moet per se in een ziekenhuis plaats vinden. Als hier duidelijkheid over komt, wordt ook duidelijk voor hoeveel ziekenhuizen er nog werk is. Zeker als de individuele ziekenhuizen keuzes gaan maken over welke zorg zij wel leveren en welke niet meer. Ziekenhuizen zijn daarnaast onderdeel van een netwerk en eigenlijk de plek waar de patiënt alleen moet komen als er geen andere optie meer is. De vraag is dan ook hoe de spreiding moet zijn van de overgebleven

ziekenhuizen in Nederland en wat qua bereikbaarheid acceptabel wordt gevonden. De vraag is of de ziekenhuizen hier onderling uit gaan komen of samen met de verzekeraars. Aangezien zoveel stakeholders hierbij betrokken zijn en eigen belangen hebben kan het zijn dat de politiek zich in deze discussie moeten mengen.

Rol ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten

Uit de literatuur en uit de interviews blijkt dat de relatie tussen de medisch specialisten en het management van een ziekenhuis een precair evenwicht is. De bemoeienis van het management met de zorg wordt snel uitgelegd en gevoeld als beknotting van de autonomie van de medisch specialist in zijn te voeren beleid bij een patiënt.

De besturen van zorgorganisaties hebben echter ook de taak om de bruggen met externe partijen te bouwen en veranderingen te initiëren. Dit komt duidelijk naar voren in de Nederlandse literatuur en in de interviews met experts en de casussen. Zij moeten de medisch specialisten aanspreken op hun eigen nieuwsgierigheid en hen hiermee verleiden om mee te werken aan de veranderingen. Want afdwingen werkt alleen maar averechts, blijkt zowel uit de literatuur als in de Nederlandse situatie. Ook het focussen op wat het beste is voor de patiënt helpt bij het creëren van een gezamenlijk doel. Door bij de verandering vooral het accent te leggen op de voordelen, zoals minder heropnames en langer onder behandeling kunnen blijven van de huisarts, geeft sneller gelijkgerichtheid. Uit de interviews bleek dat hoe duidelijker de visie is, hoe duidelijker de keuzes zijn die gemaakt moeten worden en hoe duidelijker die te verklaren en uit te leggen zijn.

Dit verklaart wel waarom veel succesvolle zorgorganisaties zowel in Nederland als in het buitenland tot en met in de raad van bestuur vertegenwoordiging hebben van de bij hen werkzame medisch specialisten. Duaal management door de gehele organisatie heen is dus een verstandige keuze. De soms lastige keuzes die men soms moet maken, worden op deze wijze breed gedragen en kan door collega's uitgelegd worden aan de rest van de medische staf. Men moet blijven communiceren over de gemaakte keuzes, zodat iedereen de keuzes kan begrijpen.

Financiering van de JZOP en de rol van de verzekeraars

Door radicaal zorg uit het ziekenhuis te plaatsen, kan de continuïteit van de geleverde zorg in gevaar komen, omdat er te weinig werk voor de aanwezige dokters is. Ook kan het ziekenhuis zelf in financieel gevaar komen, omdat er te weinig omzet wordt gedraaid. Zeker als de chronische patiënten en kwetsbare ouderen niet of nauwelijks meer opgenomen worden in het ziekenhuis, raakt het ziekenhuis in de huidige financieringssystematiek een groot deel van de omzet kwijt. In Zuid-Limburg blijkt bijvoorbeeld deze groepen patiënten voor 50% van de bedbezetting verantwoordelijk.

Door minder zorg in ziekenhuizen te verlenen, zullen zij kleiner worden qua omvang. Dit raakt aan het volgende financiële dilemma, namelijk dat met de huidige complexiteit van de zorg en de noodzakelijke kapitaalintensieve investeringen er eigenlijk grote organisaties nodig zijn om voor voldoende financiële slagkracht en stabiliteit te kunnen zorgen. Dit is bijna weer in tegenspraak met de noodzaak om als organisatie wendbaar en flexibel te zijn om blijvend relevant te zijn.

De experts geven aan dat de financiering van de substitutie van zorg vaak leidt tot discussies met de zorgverzekeraar. Wie gaat welke zorg waar betalen? Ook de medisch specialisten zien wel in dat zorg verplaatst moet worden, om voor de toekomst ons zorgstelsel betaalbaar te houden. Echter op

de korte termijn gaat ze dit financieel pijn doen, want er komt minder werk naar het ziekenhuis. In de gehouden interviews en in de literatuur staat echter vermeld dat als de win-win situatie niet aan iedereen uitgelegd kan worden, men niet moet beginnen aan de verandering. Dan rijst de vraag: hoe groot is de kans op succes, als de ontvangende partij het al druk heeft en de zendende partij er financieel pijn van gaat hebben?

Misschien kan zelfs gesteld worden dat in het huidige beleid onvoldoende aandacht is voor de financiële gevolgen voor alle stakeholders. Als deze gevolgen niet duidelijk gemaakt worden en er voor alle stakeholders geen vorm van win-win gecreëerd wordt, dan zal het niet lukken om de juiste zorg op de juiste plek op systeemniveau door te voeren.

Hier komt de ingewikkelde rol van de zorgverzekeraars om de hoek kijken. Zij zijn de financiers van ons zorgstelsel. Zij kunnen ziekenhuizen faciliteren bij de verandering door langjarige contracten af te sluiten met lumpsum betaling in plaats van PxQ vergoeding voor de geleverde productie. Hiermee halen zij de negatieve korte termijn prikkel van direct inkomensverlies uit het systeem, waardoor de bereidwilligheid om mee te veranderen hopelijk groter wordt.

De regio rondom de Rivas zorggroep is een goed voorbeeld waar VGZ echt de rol van facilitator heeft gepakt en zijn nek heeft durven uitsteken. Er is een duidelijke transitie gaande van zorg terug naar de eerste lijn, of naar selfcare. Dit heeft ervoor gezorgd dat zij eigenlijk verder zijn met de transitie van zorg (namelijk voor een groot deel in fase 3) dan de regio Zuid-Limburg, waar de regievoering door de zorgverzekeraar minder duidelijk was. Zuid-Limburg zit eigenlijk nog in fase 2 van de vijf ontwikkelingsfases die door RIVM onderscheiden worden bij de vorming van integrale zorgsystemen. Fase 4 en 5 zijn nog nergens in Nederland bereikt. In Amerika is Kaiser Permanente echt in fase 5, waar permanent gekeken wordt naar mogelijkheid tot verplaatsing van zorg en veel aan preventie wordt gedaan. In Europa is bijvoorbeeld Gesundes Kinzigtal ook al jaren in fase 5. Hiervoor is echter ook samenwerking in de regio nodig, bijvoorbeeld met de lokale gemeentes. Veel problematiek heeft ook een samenhang met problemen in het sociale domein. Door deze problematiek in multidisciplinaire besprekingen aan bod te laten komen, wordt duidelijk wat oorzaak is en wat gevolg. Hierdoor kan de oorzaak aangepakt worden, hetgeen de lange termijn oplossing is.

In de literatuur is nog geen bewijs gevonden dat op populatieniveau Integrated Care en Triple Aim een kostenbesparing oplevert. Voor kleine deelpopulaties is het wel aangetoond. Gezien de complexiteit van het gehele zorgstelsel is het ook lastig om het totaalbeeld en overzicht te behouden en echt de drie doelen van Triple Aim na te streven en niet maar een of twee hiervan.

De JZOJP veroorzaakt een ingewikkelde dynamiek zowel intern in organisaties als tussen organisaties. Binnen ziekenhuizen tussen bestuur en medische staf en binnen zorgverzekeraars tussen de top en de inkooporganisatie. Ook verschillen verzekeraars onderling ook van mening over de beste manier van invullen van JZOJP. Het niet op een lijn zitten als zorgverzekeraars zorgt ervoor dat het nemen van de regie vaak niet van de grond komt terwijl ze eigenlijk het best geëquipeerd lijken te zijn om de regierol op te pakken.

Beperkingen van deze thesis

Als een beperking van deze thesis kan genoemd worden dat andere stakeholders niet geïnterviewd zijn. Om het beeld te completeren zou het interessant zijn om in vervolgonderzoek ook interviews met de patiënten zelf, de gemeentes en de zorgverzekeraars te houden. De zorgverzekeraar wordt een

grote rol toegedicht, maar het is ook duidelijk dat zij in een spagaat zit. Hun visie op de zorgtransitie zou waarschijnlijk toegevoegde waarde hebben en het verhaal verder completeren, omdat dit weer een ander oogpunt is. Het betrekken van het patiënten perspectief geeft inzicht hoe zij tegen alle verschuiving van zorg aankijken, hun zorg moet per slot van rekening centraal staan.

De completering van het beeld met de perspectieven van de zorgverzekeraars en de patiënten, geeft mogelijk een genuanceerder beeld over waar te beginnen met de verandering. Vanuit het perspectief van de ziekenhuizen, is het logisch om daar te beginnen, maar zou niet iedereen het initiatief kunnen nemen? Niet voor niets stelt de taskforce die het rapport “De Juiste Zorg Op de Juiste Plek” geschreven heeft: **Wie durft?**

Keuzes maken

Tot slot is het tijdens de interviews en het lezen van de literatuur mijzelf steeds duidelijker geworden dat als men echt de juiste zorg op de juiste plek wil leveren, men keuzes moet durven maken. Na eeuwenlang alleen maar acute zorg te hoeven en te kunnen leveren, zijn er inmiddels 5 stromen te onderscheiden die onderling weinig synergie vertonen. Door geen keuzes te maken over het profiel van de organisatie, moeten deze 5 stromen met hun eigen dynamiek gezamenlijk vormgegeven worden. Dit is een onderwerp waar nog veel onderzoek naar gedaan moet worden, maar kwam wel regelmatig aan de orde. Naar mijn bescheiden mening zou het nuttig zijn om de zorg op te knippen in verschillende stromen, die elk hun eigen dynamiek hebben en welke grofweg overeenkomen met die in het rapport van KPMG (KPMG, 2018).

De enkelvoudige monodisciplinaire zorg (zoals eenvoudige chirurgische zorg, orthopedische zorg, dermatologische zorg, oogheelkundige zorg), waar de patiënt eigenlijk meer klant is en vaak ook zo behandeld wenst te worden. Hier moet men geen last hebben van tussendoor komende spoedproblemen en afspraken moeten goed gepland kunnen worden en op tijd lopen.

Creëer daarnaast een separate patiëntenstroom van de relatief kortdurende, maar intensieve en multidisciplinaire zorg. Denk hieraan oncologische zorg, waarin veel behoefte aan persoonlijke aandacht is en casemanagers die laagdrempelig te benaderen zijn en de patiënten helpen soepel hun zorg van alle verschillende disciplines te laten krijgen en een luisterend oor kunnen bieden indien nodig.

Als derde groep is er de zorg voor chronische patiënten, ook vaak met multidisciplinaire problematiek maar deze mensen worden niet beter, maar moeten begeleid worden bij de ziekte die ze de rest van hun leven zullen hebben. Door continue monitoring kan de frequentie en de ernst van ongeplande spoedopnames en spoedcontacten verminderd of zelfs geheel vermeden worden. De problematiek van deze categorie strekt zich meestal ook uit tot in het sociale domein. Dit vergt een uitstekende relatie van de diverse zorgprofessionals door de 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn heen.

Als vierde groep is die van de kwetsbare ouderen, ook zij hebben vaak diverse chronische ziektes en moeten hierin begeleid worden. Ook is bij deze groep het noodzakelijk om elke keer af te wegen wat de meerwaarde voor de patiënt zelf is van een bepaalde behandeling ten opzichte van deze behandeling niet doen. Ook zij hebben baat bij uitstekende relaties tussen de verschillende organisaties uit de 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn, want ook deze groep heeft vaak daarnaast ook problemen in het sociale domein.

Als laatste de groep van de acute zorg, waar het draait om ongeplande zorg, waarbij veel disciplines betrokken zijn. Hiervoor is vaak een dure infrastructuur nodig en moeten vele disciplines 24/7 paraat staan. Deze zorg interfereert met alle andere zorg vanwege het acute karakter en is alleen maar goed te faciliteren als deze voldoende volume heeft, zodat het weer enigszins planbaar wordt. Concentratie van deze zorg in Nederland in acute centra zal dan ook noodzakelijk zijn.

Alle categorieën bedienen vanuit een organisatie zal moeilijk zijn, aangezien de zorg voor de verschillende patiëntgroepen elkaar niet altijd versterkt, maar regelmatig ook elkaar in de weg zit. Keuzes maken is dus verstandig.

7 AANBEVELINGEN

Doelstelling van deze thesis was om inzichten op te doen over hoe de JZOJP succesvol geïmplementeerd kan worden. Tijdens het onderzoek zijn vele waardevolle inzichten opgedaan, in dit hoofdstuk worden op basis van de bevindingen negen concrete aanbevelingen voor de diverse betrokkenen in het ziekenhuis gedaan.

Het is verstandig dat op bestuursniveau van verschillende zorgorganisaties de intentie uitgesproken wordt om daadwerkelijk samen te werken. Steek gezamenlijk tijd en geld in deze samenwerking. Zet, zodra de samenwerking afgesproken is, de zorgprofessionals aan tafel met elkaar, want zij zijn degene die daadwerkelijk moeten samenwerken. Als men elkaar onvoldoende kent en men onvoldoende op de hoogte is van elkaars expertise zal de samenwerking moeizaam tot stand komen. Als men elkaar goed leert kennen, gunt men elkaar vaak ook zaken en zal het verplaatsen van zorg makkelijker zijn. Steek hier voldoende tijd en geld in en onderhoudt dit.

Probeer uit de productie prikkel te komen met elkaar. Zorg dat de aanwezige dokters capaciteit zo goed mogelijk gebruikt wordt. Indien de dokters wel nodig zijn voor de dienstbelasting en de continuïteit, maar hun tijd niet volledig gevuld kan worden met productie, zet ze dan in voor verbetertrajecten, waar ze dan dedicated de tijd voor hebben.

Door de voordelen te benadrukken van de samenwerking: zoals betere patiëntenzorg, minder heropnames, interessanter werk, meer tijd voor problematiek die medisch specialistische kennis vergt, wordt de veranderingsbereidheid groter.

Besteed vooral aandacht aan de medisch specialisten die geloven in de verandering en faciliteer deze. Door hun successen, maar ook hun lessen uit de mislukkingen te laten delen, zal een steeds grotere groep ook mee willen veranderen. Bouw aan de leidende coalitie en geef deze de wind in de rug.

Deel zoveel mogelijk informatie met elkaar.

De medisch specialist voelt blijkbaar dat hij onvoldoende betrokken wordt bij het vormgeven van zorgtrajecten. Misschien is het echter zo dat de dokters minder moeten afwachten en het initiatief naar zich toe moeten trekken en daardoor vanzelf in de lead komen. Wel is het dan van belang dat er medewerking en ondersteuning aangeboden wordt vanuit het management. Daag de medisch specialisten maar uit om te laten zien wat ze in huis hebben.

Specialistische zorg is altijd grijs en nooit zwart-wit en richtlijnen zijn richtlijnen, waarvan men zelfs beargumenteerd moet afwijken als de situatie met een individuele patiënt daar om vraagt en geen strikt te hanteren protocollen. Dit maakt dat zonder kennis van de specialistische zorg het erg lastig is om deze processen vorm te geven. Hiervoor is dus specialistische input noodzakelijk. Specifieke kennis op logistiek vlak en financieel vlak ontbreekt vaak bij veel medisch specialisten, dus is het goed om deze kennis toe te voegen bij het vormgeven van transmurale zorgpaden en vanuit het ziekenhuis dit te faciliteren.

Het valt als raad van toezicht te overwegen om goed na te denken over de manier waarop het ziekenhuis aangestuurd wordt. Als de medisch specialisten en de raad van bestuur gelijkgestelde belangen hebben, dan is het ziekenhuis het meest effectief. Laat de medische staf de VMS, VMDS en het MSB samenvoegen tot een coöperatie of federatie en hoe meer informatie hier met elkaar gedeeld wordt hoe beter. Dit zorgt ervoor dat er minder aannames gedaan worden en meer

gebaseerd op feiten met elkaar gesproken wordt. Laat het bestuur van dit samenwerkingsverband aansluiten bij het bestuursoverleg van de raad van bestuur en gezamenlijk daar in consensus alles te besluiten. Hiermee wordt veel potentieel wantrouwen weggehaald en zijn de vertegenwoordigde medisch specialisten ambassadeurs van de genomen beslissingen. Hiervoor hoeft men niet de juridische eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur te veranderen. Dit levert ook efficiency op, want vele overleggen kunnen hierdoor worden geschrapt.

Overweeg de zorgverzekeraar vroeg in het veranderingsproces aan tafel uit te nodigen. Zij zijn als verdeler van het geld in staat de zorgtransitie te faciliteren en eventuele financiële gevolgen te verzachten.

8 DANKWOORD

Beste Wilma, het is aan jou te danken dat ik bij het Erasmus centrum voor zorgbestuur terecht ben gekomen. De avond in de bar tijdens de eerste bijeenkomst van de Topzorg cursus van het Flevoziekenhuis hebben we lang staan praten en staken elkaar aan in enthousiasme. Jij hebt mij toen en in de vele gesprekken daarna overtuigd dat als ik echt meer wilde weten over de bedrijfsmatige kant van de zorg ik het beste bij jullie aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur mijn MBA zou kunnen doen. Dank daarvoor, want ik heb de afgelopen 2 jaar veel geleerd.

Ook wil ik alle mensen bedanken die tijd hebben vrijgemaakt om door mij geïnterviewd te worden, het waren leuke en inspirerende gesprekken. De gesprekken gaven mij goed inzicht hoe andere instellingen zichzelf hebben georganiseerd en de theorie hierachter.

Ook ben ik iedereen in het Flevoziekenhuis dankbaar dat zij mij deze kans hebben geboden. De vele lesdagen zorgde maar voor een matige aanwezigheid van mijn zijde in het ziekenhuis. Daarom wil ik speciaal Mare en Martine bedanken voor het uitstekend zorgen voor onze vaatpatiënten de afgelopen 2 jaar en beloof ik de komende tijd weer wat meer zelf te doen. Ook Maroesja, de officemanager van de medische staf, dank je wel voor je hulp en het uittypen van alle interviews. Jouw ervaring met specialisten die al etend hun brieven dicteerden bleek van onschatbare waarde, want soms waren de gesprekken opgenomen in cafés met wel heel veel achtergrondgeluid. Gelukkig gaf je aan ook de inhoud van de gesprekken erg leuk te vinden. Dank hiervoor!

Ook dank aan alle mensen die ik heb leren kennen tijdens mijn MBA in Epe, samen hebben we veel lol gehad en is er een wereld voor mij opengedaan. Naïef als ik was bestond in mijn beleving de zorg uit ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorg. De wereld van de GGZ en de grote verpleeghuisinstellingen is door jullie aan mij geopenbaard. Ik hoop jullie nog lang op de jaarlijkse reünie te mogen zien.

Speciale dank aan mijn thesis maatjes Janine Stolwijk, Mark Schellekens en Claartje Samson, we hebben elkaar regelmatig op sleeptouw moeten nemen om weer door een dipje te komen. De gezamenlijke driedaagse bijeenkomsten in Maarne hebben daar zeker bij geholpen. We houden contact.

Lieve Jorine, jij bent de rots in de branding van mijn leven. Jij hield ons gezin draaiende de afgelopen 2 jaar en hebt alle verzuchtingen aan moeten horen. Ook waren jouw tekstuele correcties van deze thesis van grote waarde. Lieve Max en Sacha, ook jullie kregen te weinig aandacht omdat ik weer zo nodig iets moest schrijven voor mijn MBA. We gaan nu weer lekker varen, als de boot terug is, en wakeboarden en ik kan eindelijk samen met Sacha het zeilbootje opknappen.

9 LIJST VAN AFKORTINGEN

Actiz = Branche organisatie Zorgondernemers	NHS = National Health Services
AUMC = Amsterdamse Universitaire Medische Centra	NVZ = Nederlands Vereniging van Ziekenhuizen
BBP = Bruto Binnenlands Product	PFN = Patiënt Federatie Nederland
COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease	PWC = Price Waterhouse Coopers
CPB = Centraal Plan Bureau	PPN = Paramedisch Platform Nederland
DBC = Diagnose Behandel Combinati	RIVM = Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
FMS = Federatie Medisch Specialisten	SEH = Spoed Eisende Hulp
HMO = Health Maintenance Organisation	SIT = Spoed Interventie Team
IC = Intensive Care	TQM = Total Quality Management
ICT = Informatie Communicatie Technologie	UMC = Universitair Medisch Centrum
IHI = Institute for Health Improvement	V&VN = Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
InEen = Vertegenwoordiging Eerste Lijn	VMS = Vereniging Medische Staf
JZOJP = Juiste Zorg Op de Juiste Plek	VMSD = Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband
KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	VVT = Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties
KPMG = Klynveld Peat Marwick Goerdeler	VWS = Volksgezondheid Welzijn en Sport
LHV = Landelijke Huisarts Vereniging	ZBC = Zelfstandige Behandel Centra
MSB = Medisch Specialistisch Bedrijf	ZKN = Zelfstandige Klinieken Nederland
MSZ = Medisch Specialistische Zorg	ZN = Zorgverzekeraars Nederland
NFU = Nederlandse Federatie van Universiteiten	

10 LITERATUUR

- Ackoff, R. L. (1990). Strategy, Redesigning the future. *Systems Practice*, 521-524.
- Angood, P., & Birk, S. (2014). The Value of Physician Leadership. *Physician Executive Journal*, 1-16.
- Baan, C. (2015, juni 12). *Integrale gezondheidszorg, meer dan de som der delen*. Tilburg.
- Baxter, S., Johnson, M., & et al. (2018). Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. *HEALTH SERVICES AND DELIVERY RESEARCH*, 1-164.
- Berenschot. (2018, oktober 23). *Strategische samenwerking*. Retrieved from <https://www.berenschot.nl>:
<https://www.berenschot.nl/expertise/diensten/strategieadvies/strategische-samenwerking/>
- Berwick, D. (1989). Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *NEJM*, 53-56.
- Berwick, D. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health affairs*, 759-769.
- Berwick, D., Enthoven, A., & Bunker, J. (1992). Quality management in the NHS: the doctor's role -I. *British Medical Journal*, 235-239.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine*, 573-576.
- Booz&co. (2012). *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten*. Amsterdam: Booz&co.
- Brancheorganisatie zorg. (2017). *Governance code zorg*. Utrecht: Brancheorganisatie Zorg.
- Coelho, A., Leone, C., & et al. (2014). Integrated Disease Management: A Critical Review of Foreign and Portuguese Experience. *Acta Medicina Portuguesa*, 116-125.
- Coombs. (2005). The rise and fall of HMO's. In J. G. Coombs, *The rise and fall of HMO's, an american health care revolution*. Wisconsin: The university of Wisconsin press.
- CPB. (2016). *Financiering van de zorg op de lange termijn, CPB policy brief 2016/10*. den Haag: Cultureel Plan Bureau.
- Editors. (2000). In pursuit of evidence based integrated care. *International Journal of integrated care*, 1.
- FMS. (2018). Retrieved from www.demedischspecialist.nl:
<https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/administratielast>
- Gawande, A. (2018, November 5). Why Doctors Hate Their Computers. *The New Yorker*.
- Giles, L. (1910). *The art of war by Sun TZu*. Translated by Lionel Giles Originally published 1910. Retrieved from suntzusaid.com: <https://suntzusaid.com>
- Groene, O., & Hildebrandt, H. (2017). Germany: Evolution and Scaling Up of the Population-Based Integrated Health Care System "Healthy Kinzigtal". In A. V., S. V., & e. al, *Handbook Integrated Care* (pp. 511-524). Cham: Springer.
- Gupta. (2017). *No place like home, An analysis of medical care at home – Revised edition*. Amsterdam: Gupta-Strategists.

- Heyeres, M., McCalman, J., & et al. (2016). The Complexity of Health Service integration: A Review of Reviews. *Frontiers in Public Health*, 1-8.
- Hubert, M. (2019). *Een bredere kijk op gezondheid, die meer oplevert*. Retrieved from www.iph.nl: <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>
- IHI. (2019, 01 09). *history*. Retrieved from www.ihl.org: <http://www.ihl.org/about/pages/history.aspx>
- James, B., & Savitz, L. (2011). How intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts. *Health affairs* 30 (no6), 1185-1191.
- Kaiser Permanente. (2019, maart 9). *History Kaiser Permanente*. Retrieved from [kaiserpermanente.org](https://share.kaiserpermanente.org/about-us/history/): <https://share.kaiserpermanente.org/about-us/history/>
- Kodner, D., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 1-6.
- KPMG. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek - onderzoek naar condities en consequenties*. KPMG.
- Martinez-Gonzalez, N., Berchtold, P., & et al. (2014). Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care*, 561-570.
- McPartland, G. (2012, maart 28). *1990s begin with supercharged Kaiser Permanente quality agenda*. Retrieved from kaiserpermanentehistory.org: <https://kaiserpermanentehistory.org/tag/harvard-community-health-plan/>
- MIN VWS. (2018, april 26). *Bruins bereikt onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022*. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/nieuws>: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/nieuws/2018/04/26/bruins-bereikt-onderhandelaarsakkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-2022>
- MIN VWS. (2018). *Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Mitchell, G., Burridge, L., & et al. (2015). Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Australian Journal of Primary Health*, 391-408.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., & et al. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 141-146.
- Poos, M., Smit, J., Groen, J., Kommer, G., & Slobbe, L. (2008). *Kosten van Ziekten in Nederland 2005: Zorg voor euro's*. Bilthoven: RIVM.
- PWC, Strategy&. (2017). *Kwaliteit als medicijn, Aanpak voor betere zorg en lagere kosten*. Retrieved from [pwc.nl](https://www.pwc.nl): <https://www.pwc.nl/nl/assets/documents/kwaliteit-als-medicijn.pdf>
- Regeerakkoord. (2017). *Vertrouwen in de toekomst, Regeerakkoord 2017 – 2021*. Den Haag: VVD, CDA, D66 en ChristenUnie.
- RIVM. (2018). *Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem*. Retrieved from www.rivm.nl

- Shaw, J., Kontos, P., & et al. (2017). The institutional logic of integrated care: an ethnography of patient transitions. *Journal of Health Organization and Management*, 82-95.
- Stephenson, M., Campbell, J., & et al. (2017). Assessing healthcare professionals' experiences of integrated care: do surveys tell the full story? *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 90-101.
- Tabriz, A., Nouri, E., Vu, H., Nghiem, V., Bettilyoun, B., Gholamhoseyni, P., & Kiapour, N. (2017). What should accountable care organizations learn from the failure of health maintenance organizations? A theory based systematic review of the literature. *Social Determinants of Health*, 195-220.
- van der Klauw, D., Molema, H., & et al. (2014). Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International Journal of Integrated Care*, 1-10.
- Vogus, T., & Singer, S. (2016). Creating Highly Reliable Accountable Care Organizations. *Medical Care Research and Review*, 660-672.
- VWS. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS. (2018). *Onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022*. Den Haag: VWS, NVZ, FNU, FMS, VVN, ZKN, ZN, Patienten Federatie NL.
- Wong, A., Kommer, G., & Polder, J. (2008). *Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing*. Bilthoven: RIVM.

BIJLAGE 1: LIJST GEINTERVIEWDE PERSONEN

De volgende personen zullen worden geïnterviewd:

- Experts:
 - Peter Langenbach, voorzitter RvB Maasstadziekenhuis in Rotterdam (succesvol bestuurder, genomineerde zorgmanager van het jaar)
 - Job Kievit, chirurg NP, emeritus-hoogleraar kwaliteit van zorg (deelnemer taskforce)
 - Dirk Ruwaard, hoogleraar public health en healthcare innovation, Maastricht University
 - Caroline Baan, hoogleraar integrated care, Tilburg University
 - Samuel Smits, consultant Gupta (publicatie no place like home)
- Casus beschrijving: Kwaliteit als Medicijn:
 - Kees Heijblom, lid RvB Rivas zorggroep in Gorkum
 - Robert Chabot, neuroloog, voorzitter medische staf in Beatrix ziekenhuis in Gorkum
 - Sander Visser, partner PWC (publicatie kwaliteit als medicijn)
- Casus beschrijving: Proeftuin MijnZorg:
 - David Jongen, voorzitter RvB Zuyderland in Heerlen en Sittard (verantwoordelijk voor MijnZorg)
 - Karel Hulsewe, chirurg, voorzitter MSB-Zuyderland in Heerlen en Sittard (portefeuille transmurale zorg)
 - Michele van den Bragt, programmamanager MijnZorg

BIJLAGE 2: TOPICLIJST INTERVIEWS

De juiste zorg op de juiste plek

- Noodzaak JZOJP?
- Welke mogelijkheden
- Welke moeilijkheden
- Welke succesfactoren
- Welke faalfactoren
- Invloed hoge werkdruk
- Invloed personeelskrapte
- Rol zhs management/bestuur voor realisatie JZOJP
- Rol medisch specialist voor realisatie JZOJP
- Rol andere deelnemers, zoals zorgverzekeraars, andere zorgprofessionals (FT, HA)
- Wat ziet men over het hoofd?
- Wat ben ik vergeten te vragen?

Lessons learned van huidige initiatieven in Nederland

- Succesfactoren
- Faalfactoren
- Rol ziekenhuisbestuur/management
- Rol medisch specialisten
- Advies voor nieuw op te zetten projecten

Extra vragen naar aanleiding van eerste interviews

- Overal zowel in literatuur wordt de medewerking van artsen als cruciaal gezien
 - Hoe kijk jij hiernaar
 - Hoe krijg je ze mee
 - Wat doe je met artsen die niet willen
 - Wat is de achterliggende reden hiervan:
 - Angst: voor inkomensverlies, of vermindering
 - Niet in geloven: ik doe het al jaren zo
 - Nut/ noodzaak niet zien
- Hoe hebben jullie de sense of urgency gecreëerd?
- Hoe is jullie aansturing van het ziekenhuis geregeld?
- Wanneer is jullie besturingsstructuur ingericht/veranderd en waarom was dit nodig?
- Is deze vorm van aansturing noodzakelijk voor het slagen van de transitie?
- Is deze vorm van besturing noodzakelijk voor het creëren van voldoende vertrouwen om dit te laten slagen?