



# Co-creatie om de verpleegkundig specialist in de eerste lijn op te leiden en te implementeren

Voordracht van prof. Guus Schrijvers op de Landelijke Docentendag Verpleegkundig specialisten op 8 april 2015 te Utrecht



- 1956 huisarts opnieuw uitgevonden
- 1974 indeling gezondheidszorg in eerste en tweede lijn
- 1980 wijkgerichte samenwerking
- 1987 -2006 cure & care
- Wijkverpleegkundigen en huisartsen groeien sinds 1980 uiteen
- Na 2000 industrialisering van thuiszorg
- Sinds 1990 vooral gespecialiseerde verpleegkundigen in ziekenhuizen
- Terugkeer allround verpleegkundigen dankzij Buurtzorg en Zichtbare Schakels
- *Van zorg voor naar zorgen dat*



- Huisarts blijft poortwachter\*
- Zorg in eigen woonomgeving, duurzame relatie met patiënt, herkenbaar samenwerkend team, persoonlijke continuïteit, elektronisch patiëntendossier, flexibele openingstijden, structurele samenwerkingsafspraken met andere disciplines, zorggerelateerde preventie en zorginnovatie\*\*
- **Kwantitatieve ontwikkelingen, zie \*\*\***

\*De Bakker D.H. et al., Op een lijn, Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020, Nivel/RIVM, Utrecht, 2005.

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/toekomst-eerstelijnszorg-2020.pdf>.

\*\*NHG en LHV. Toekomstvisie huisartsenzorg, modernisering naar menselijke maat, huisartsenzorg in 2022, Utrecht 2012. <http://www.tkv2022.nl/>.

\*\*\*Wiegiers T. et al., Overzichtsstudies: de eerste lijn. Utrecht, Nivel, 2011.

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-overzichtsstudieeerste%20lijn.pdf>.



Afbeelding 7.1 Berekening van de effecten van 10% reductie op de tweedelijns voor huisartsen en eerstelijnsverpleegkundigen

Soort intramurale voorziening	1	Ziekenhuis	Verpleeghuis en verzorgingshuis	Gehandicaptenzorg	Psychiatrisch ziekenhuis	Totaal
Aantal verpleegdagen of verblijfsdagen in 2009 (x 1.000)	2	11.356	59.850	21.637	7.593	100.436
Stel 10% substitutie naar eerste lijn (x 1.000) = 10% van rij 1	3	1.135,6	5.985,0	2.163,7	759,3	10.043,6
Extra consult eenheden voor huisarts: rij 3 x omrekeningsfactor <sup>1</sup>	4	1.135,6	5.985,0	2.163,7	759,3	10.043,6
Aantal extra benodigde huisartsen in verband bij substitutie van het aantal verpleegdagen met 10% = rij 4 x omrekeningsfactor <sup>2</sup>	5	65	345	125	44	579
Extra uren wijkverpleegkundigen: rij 3 x omrekeningsfactor <sup>3</sup>	6	1.703,4	8.977,5	3.245,6	1.139,0	15.065,5
Aantal extra benodigde wijkverpleegkundigen in verband bij substitutie van het aantal verpleegdagen met 10% = rij 6 x omrekeningsfactor <sup>4</sup>	7	35	187	68	24	314

<sup>1</sup> Omrekeningsfactor: één gesubstitueerde verpleegdag = één extra huisartsenconsulteenheid.

<sup>2</sup> Omrekeningsfactor: één voltijds formatieplaats van een huisarts = 17.343 consulteenheden (bron: LINH, 2013).

<sup>3</sup> Omrekeningsfactor: tien gesubstitueerde verpleegdagen = vijf bezoeken van een wijkverpleegkundige met een duur van 30 minuten inclusief reistijd en voorbereiding (schatting van mijzelf, was niet te onderbouwen op basis van beschikbare statistieken).

<sup>4</sup> Omrekeningsfactor: één voltijds formatieplaats eerstelijnsverpleegkundigen = 1.200 uur patiëntgebonden tijd (schatting van mijzelf).

Afbeelding 7.1. Gevolgen van de substitutie van 10 procent van de verpleegdagen in de ziekenhuizen en van verblijfsdagen in verzorgings- en verpleeghuizen voor de eerste lijn (berekening).



GUUS SCHRIJVERS



ZORGINNOVATIE  
VOLGENS HET  
CAPPUCCINOMODEL

VOOR HETZELFDE GELD EEN BETERE GEZONDHEIDSZORG

Thoeris 



## Afbeelding 7.2 Kenmerken van inspirerende samenwerking

- Delen van verantwoordelijkheden: besluitvorming, filosofie, gegevens, planning en interventies
- Partner zijn: collegiaal, authentiek, constructief, open, eerlijk, wederzijds, vertrouwen en respect
- Wederzijdse afhankelijkheid: niet autonoom, geheel meer dan de delen, gezamenlijke actie
- Delen van macht: kennis en ervaring belangrijker dan functies en titels, symmetrie in machtsrelaties
- Ontwikkelingsproces: altijd transformerend, structurerend, discipline- en domeingrensoverschrijdend

Afbeelding 7.2. Vijf voorwaarden voor samenwerking tussen professionals.





Afbeelding 7.3 Acht domeinen en 39 componenten die gezamenlijk een medical home vormen

<b>Domein 1: Toegang en informatie</b>	<b>Domein 5. Praktijkvoering</b>
1. Afspraak maken voor dezelfde dag	21. Professioneel financieel management
2. Laboratoriumuitslagen snel beschikbaar	22. Besluitvorming op basis van kosten en opbrengsten
3. Online afspraak maken	23. Opbrengst: bewustzijn
4. Online skypen	24. Personeelsbeleid
5. Groepsconsulten	25. Optimaal ontworpen gebouw
6. Bereikbaar buiten kantooruren voor spoedpatiënten	
<b>Domein 2. Care management</b>	<b>Domein 6. Kwaliteit en veiligheid</b>
7. Monitoren van de gezondheid van de populatie	26. Medicatie management
8. Welzijnsactiviteiten	27. Patiëntervaringen gemeten
9. Preventie van ziekten	28. Analyse van klinische uitkomsten
10. Patiënteneducatie	29. Projecten voor kwaliteitsverbetering
	30. Teamwork
<b>Domein 3. Aangeboden zorg</b>	<b>Domein 7. Informatie en Communicatie Technologie</b>
11. Samenhangende kortdurende en langdurige zorg	31. Elektronisch medisch dossier
12. Screening	32. Elektronische voorschrijven
13. Kleine chirurgische ingrepen	33. Registratie van data op populatieniveau
14. Andere therapeutische ingrepen	34. Website over de praktijk
15. Aanvullende diagnostiek	35. Patiëntenportaal
<b>Domein 4. Continuïteit van zorg: samenwerkingsafspraken met:</b>	<b>Domein 8. Leiding van het medical home</b>
16. Thuiszorgorganisaties	36. Aanwezig leiderschap
17. Ziekenhuis	37. Gemeenschappelijke missie en visie
18. Geestelijke gezondheidszorg	38. Effectieve communicatie
19. Verloskundige zorg	39. Verantwoordelijkheidstoedeling per discipline
20. Casemanagers	

Afbeelding 7.3. De acht domeinen en 39 kenmerken van het medical home



## Afbeelding 7.4 Wenselijke innovaties voor kortdurende zorg in de eerste lijn

### Productinnovaties

- Te weinig multidisciplinaire richtlijnen
- Beslisbomen voor toegang tot de gehele tweede lijn

### Procesinnovaties

- Vele soorten spreekuren in de eerste lijn
- Taakherschikking: geef verpleegkundig specialisten een kans
- Invoering verpleegkundig specialisten
- Contact via internet en niet meer face-to-face

### Systeeminnovaties

- Populatiemanagement is meer dan monitoren
- Brede coöperaties voor de eerstelijns: een perspectief
- Basisteams van welzijn en zorg
- Versoep regelgeving van zorgverzekeraars
- Anderhalfde lijn: vooral digitaal
- Breed abonnementstarief zonder huisvestingslasten
- Het cappuccino-model

Afbeelding 7.4. Mogelijke innovaties in de eerste lijn.



# Triple Aim:



Guus Schrijvers

1. Betere gezondheid
2. Hogere kwaliteit van zorg
3. Gelijk blijvende kosten

#### Aanbevolen literatuur:

Berwick D.M. et al., The Triple Aim: Care, Health, And Cost, Health Aff (Millwood), 2008; 27(3): 759-69.

Bisognano M. et al., Pursuing the Triple Aim. Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health and Lower Costs, San Francisco: Jossey-Bass, 2012.

Hildebrandt H.T. et al., Triple Aim in Kinzigtal, Germany: Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK 2012, Journal of Integrated Care 20 (4): 205-222.

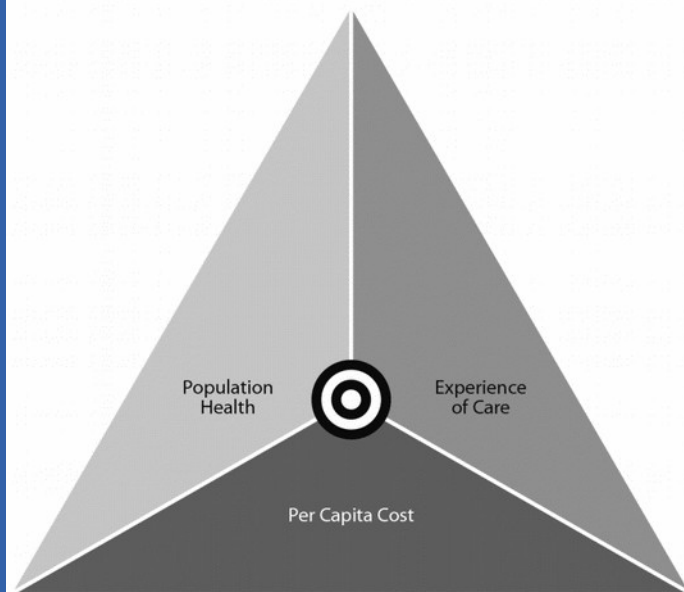


# Begrippen bij het Cappuccinomodiel: Triple Aim (2)

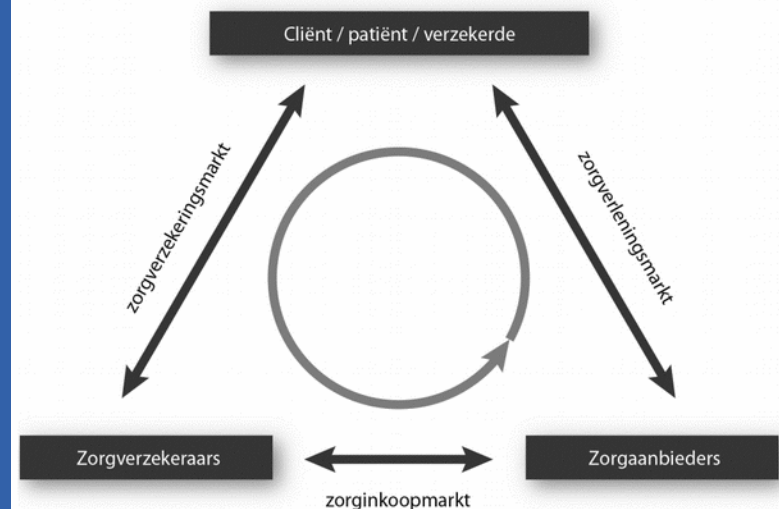


Guus Schrijvers

Afbeelding 1.2 Het Triple Aim model



Afbeelding 1.3 Het model van de marktwerking





- Zorginnovatie = ICT innovatie = Financiële Innovatie

Bron: Christensen C.M. et al., The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care. New York: Mc Graw Hill, 2009.



- Populatiegebonden bekostiging van verslavingszorg (de koffie: 85%)
- Een laag volumetarief (de melk, 10%)
- Een innovatietarief (het toefje schuim, 5%)

## Gericht op het realiseren van Triple Aim:

- Betere gezondheid
- Hogere kwaliteit van zorg
- Gelijk blijvende kosten

Zie hoofdstukken 1 en 17 en verder alle andere hoofdstukken

# Shared savings



Guus Schrijvers

- Doelmatigheidswinst gaat terug naar zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt
- Affordable care organizations
- Zorgverzekeraar streeft naar verbetering van de contribution margin
- Zorgverzekeraar koopt doelgroepgericht in
- Ontvlecht ziekenhuizen financieel van RVE's naar profitcenters

# Groeien door te snoeien



Guus Schrijvers

- Zou u in uw werksetting oud-voor-nieuw beleid kunnen hebben?







## Waarom?

- Betere oplossingen
- Grotere kans op draagvlak
- Meer aandacht voor het probleem dan voor de oplossing

## Wat houdt het in?

1. Collectieve ambitie
2. Open communicatie tussen alle partijen
3. Heldere verdeling van verantwoordelijkheden en taken
4. Helder design management
5. Eerst discussienota en daarna concept-beleidsnota
6. Zorgverzekeraars werken met kaders
7. Gezondheidswet 1902



# Conclusies voor docenten in opleidingen voor verpleegkundig specialisten



Guus Schrijvers

1. Draag kennis over eerste lijn: want onbekend maakt ombemind
2. Ontwikkel modellen voor verpleegkundig specialisten in de eerstelijns
3. Ontwikkel modellen voor teamwork
4. Beantwoord de vraag: poortwachter en verpleegkundige?
5. Onderwijs *groeien dankzij snoeien*
6. Integreer innovatie van financiering, ICT en zorg
7. Geef les over cocreatie in eerstelijns
8. Wees tevreden over wat jullie al hebben bereikt

Bij mij te bestellen voor voor 24,95  
euro; schrijf je naam op een papiertje  
of betaal contant.



Guus Schrijvers





Ik dank jullie voor de  
aandacht



# Contact?



Guus Schrijvers

- [mail@guusschrijvers.nl](mailto:mail@guusschrijvers.nl)
- [www.guusschrijvers.nl](http://www.guusschrijvers.nl)
- [www.twitter.com/GuusSchrijvers](https://www.twitter.com/GuusSchrijvers)
- [M: 06 3007 4477](tel:0630074477)

