



# De rol van gezondheidscentra in de komende 10 jaar

Voordracht van prof. Guus Schrijvers bij het  
25 jarig bestaan van het  
Gezondheidscentrum Reeshof op 6  
november 2015 te Tilburg



- 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 7.2 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

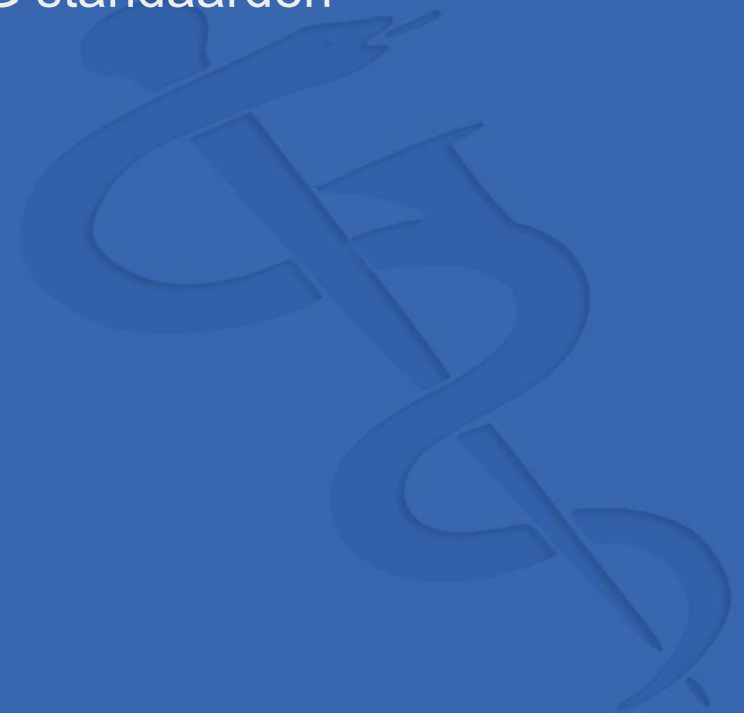
Afbeelding 7.4. Mogelijke innovaties in de eerste lijn.

# Wat kan Gezondheidscentrum Reeshof aanpakken?



Guus Schrijvers

1. Partner zijn van het Sociale Domein
2. Digitaliseren van de zorg
3. Gedeelde besluitvorming in alle NHG standaarden



# De drie decentralisaties



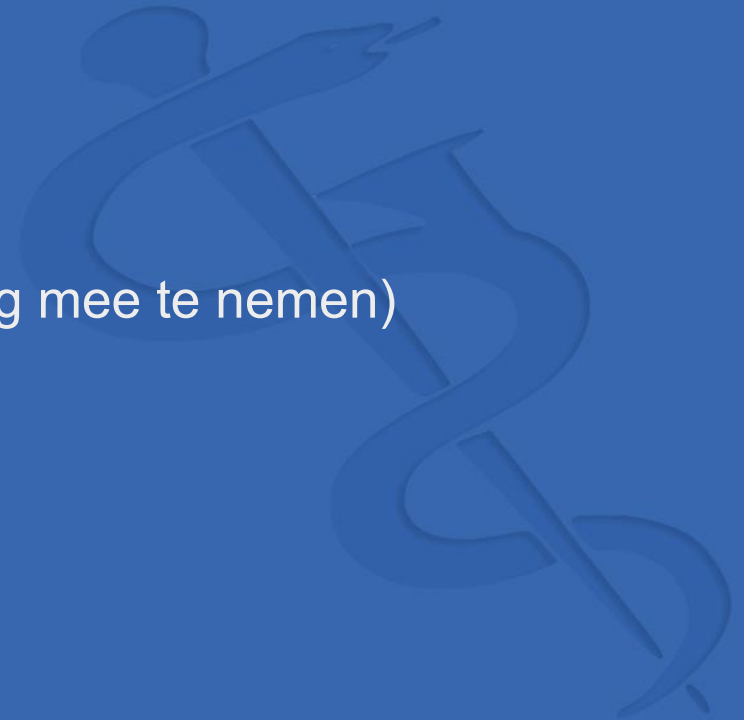
Guus Schrijvers

- Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- Jeugdwet
- Participatiewet
- Regelingen speciaal onderwijs

(Wet Langdurige Zorg zonder mantelzorg mee te nemen)

Sociale domein: participatie

Medische domein ofwel eerste lijn: zorg







- Ofwel het sociale wijkteam, dorpssteam
- Een gemeente kan meer dan een wijkteam hebben
- Er zijn ook centrum gemeenten
- Gebiedsteam kan zijn 0 -100+ of ingedeeld zijn naar jeugdteam en volwassenenteam
- Soms ook de participatiewet
- Soms alleen een formele structuur: gemeente is er voor de randvoorwaarden
- Veel herindicaties
- Wel of niet voorzieningen toewijzen?

# De wijkverpleegkundige in het gebiedsteam



Guus Schrijvers

1. Bij alle zorgaanbieders onderbrengen?
2. Per team één of twee wijkverpleegkundigen bij de “Stichting Het Gebiedsteam”?
3. Onderbrengen bij huisartsenzorggroepen?
4. Los van het aanbod organiseren?
5. Gezamenlijk inkoop van sociaal medische zorg?

# Cappuccino financiering van gebiedsteam en van De Reeshof



Guus Schrijvers

## Wijkbudget op basis van:

1. Wijkpopulatie
2. Aantal contacten
3. Tarief voor innovatie

## Of uitkomstfinanciering:

- Wachtijd aan de voordeur
- Ervaringen van cliënten
- Doorverwijspercentage



# Digitalisering van de eerste lijn



Guus Schrijvers

- Online afspraken maken
- Elektronisch inzagerecht
- E-consulten
- Digitale wachtkamer



# Gedeelde besluitvorming in alle NHG standaarden



Guus Schrijvers

- Diagnostiek vooral in de eerste lijn met telemedicine in ziekenhuis
- Dan besluitvorming van huisarts en patiënt: naar welke kliniek wilt U?
- Choice talk, option talk en decision talk
- Patiënt kiest vanwege 1. reisafstand 2. ervaringsjaren 3. wachttijd 4. persoonlijke ervaringen en 5. uitingen in massamedia

# 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.

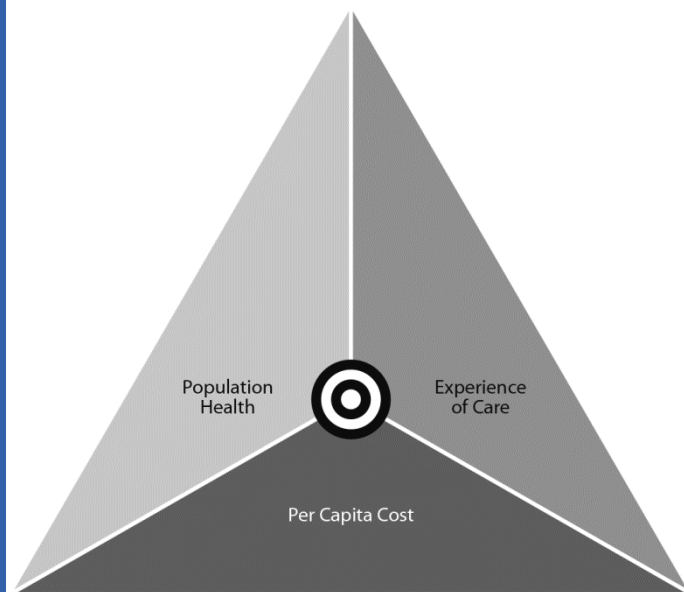


# Begrippen bij het Cappuccinomodiel: Triple Aim (2)

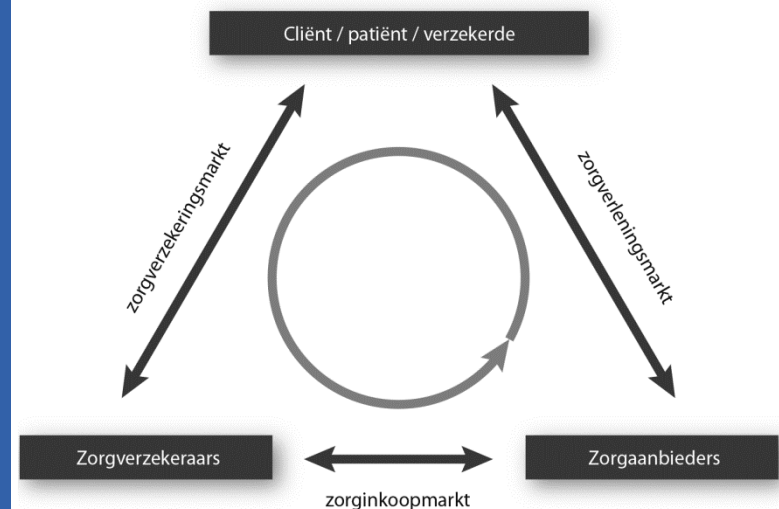


Guus Schrijvers

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



## 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



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



Guus Schrijvers

GUUS SCHRIJVERS



ZORGINNOVATIE  
VOLGENS HET  
CAPPUCCINOMODEL

VOOR HETZELFDE GELD EEN BETERE GEZONDHEIDSZORG

Thoeris 



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)

