

## **Position Paper: 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek'**

**Door E.J.D. Prinsen, psychiater en lid van de taskforce (op persoonlijke titel)**

### **Waarom?**

Om de vragen te beantwoorden - "Hoe kan worden gekomen tot een betere organisatie van zorg? En hoe kunnen alle betrokkenen betrokken worden in het anders organiseren?" - is het in de eerste plaats nodig dat iedereen snapt waarom er iets zou moeten veranderen, los van de kosten en de arbeidsmarkt opgave.

De definitie van 'gezondheid' volgens de World Health Organisatie (WHO): *"Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of handicap."*

Deze gedachte is niet nieuw maar heeft de laatste jaren weer een meer prominente plek gekregen. Mede onder invloed van het model voor positieve gezondheid van Machteld Huber en in de GGZ het al langer bestaande concept van herstelondersteunende zorg.

Herstel gaat over het (leren) leven met een aandoening waarbij de mogelijkheden en kracht van de mens centraal staan. Dit in tegenstelling tot de onmogelijkheden van de aandoening. Herstel is dan ook een individueel en persoonlijk proces (van de burger en dus niet van de hulpverlener!) waarbij het (weer) gaan functioneren in sociale rollen een belangrijk streven is. Herstel moet worden gezien als een proces dat niet altijd een uitkomst aanduidt: herstellen is ook zeer goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. Het impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en een geleidelijke inwisseling van patiëntidentiteit naar burgerschap (Trimbos 2012, handreiking implementatie herstelondersteunende zorg).

Kerngedachte binnen dit multidimensionaal denken is homeostase; evenwicht tussen het individu en zijn omgeving. Ziekte (zowel somatische als psychiatrische ziekte) en verstoring van interpersoonlijke en sociale relaties zijn parallelle fenomenen, die elkaar wederzijds beïnvloeden. De aandacht enkel richten op de ziekte, zonder daarbij het systeem en andere sociale factoren mee te nemen, is een heilloze weg. Juist de gecombineerde aanpak van deze dimensies leidt tot goede zorg; tot beter herstel en participatie in de maatschappij en ook tot minder lange zorgtrajecten. Dit vergt van hulpverleners het nodige, maar ook van patiënten en de samenleving als geheel. Gezondheid is niet iets wat afdwingbaar is en waar de gezondheidszorg voor verantwoordelijk gesteld kan worden. De aandacht enkel richten op de ziekte is ook iets wat geldt voor de patiënt en de samenleving. Discussie over wanneer professionele zorg (nog langer) zinvol is en bijdraagt aan herstel is nodig om te stoppen met niet effectieve zorg op verkeerde plekken. Deze discussie is lastig, omdat herstel dus een persoonlijk proces is en niet altijd meetbaar en dat ook stabiliseren een doel van hulpverlening kan zijn.

Een goede poging om te beschrijven wat nodig is om de zorg te veranderen is het rapport van de taskforce 'de juiste zorg op de juiste plek'. Maar ik wil hier ook de aandacht vestigen op het begin 2017 al uitgekomen 'visie document de medisch specialist 2025' waarin veel aspecten reeds naar voren zijn gebracht.

### **Domein overstijgend samenwerken is niet makkelijk!**

Omdat herstel van gezondheid multidimensionaal is moet de gezondheidszorg multidimensionaal zijn. De gezondheidszorg is dat echter meestal niet. Zorg gericht op biomedische symptomatologie is een wezenlijk, maar ook bescheiden, onderdeel van het totaal. Samenwerken met primair de patiënt en zijn omgeving en secundair met anderen die hulp bieden bij herstel op verschillende dimensies, is essentieel.

Samenwerken klinkt en is logisch, maar het is geen makkelijke opgave. Daar waar veel partijen samenwerken rondom 1 casus of systeem komt het vaak voor dat verschillende partijen veel van elkaar verwachten. Verwachtingen die regelmatig niet reëel zijn. Gebrek aan regie en aan afstemming van wie wat doet en wie waar verantwoordelijk voor is, is ook vaak een probleem waardoor zorg ook slechter kan worden. De regie zou zoveel mogelijk bij de patiënt en zijn/haar naastbetrokkenen moeten liggen. Waar dit niet mogelijk is, is het handig 1 regievoerder/regiebehandelaar aan te wijzen. Maar ook dat lost het probleem vaak niet op omdat de regievoerder (patiënt of hulpverlener) geen bevoegdheid heeft om alle partijen iets te laten doen of nalaten. En dat is vaak maar goed ook, omdat de regievoerder niet perse het overzicht en de specialistische kennis kan hebben over alle betrokken partijen. Regie over proces moet dan ook niet verward worden met regie over de

inhoud. Het vervolgens 1 iemand bestempelen tot *eind*verantwoordelijke helpt ook niet.

*Zorgafstemming* is essentieel waarbij steeds gepoogd moet worden de patiënt, naastbetrokkenen en betrokken hulpverleners samen om de tafel te krijgen (live of digitaal). Dit om tot een gezamenlijk behandel/zorg/herstelplan te komen waar iedereen zich aan committeert en waar iedereen dus ook verantwoordelijk is voor zowel het geheel als zijn eigen aandeel. In een dergelijk plan zullen de hoofddoelen dus de doelen zijn die de patiënt belangrijk vindt. Hulpverleners kunnen daarin aangeven wat zij kunnen bijdragen aan de doelen van de patiënt. Dit geeft hulpverleners ook ruimte hun eigen taken en expertise af te bakenen en aan een goed verwachtingsmanagement te doen, waarbij de blik van de hulpverlener wel breed moet zijn. Het besef bij de hulpverlener dat hij slechts een 'klein' onderdeel uitmaakt van het herstelplan van de patiënt, zal voor sommige hulpverleners een aanpassing vergen.

Uiteraard is continuïteit van zorg essentieel, het liefst ook continuïteit van zorgverleners, maar dat blijkt in de praktijk lastig. De meest continue factor is de evenwel de patiënt en eventueel de naastbetrokkenen. Op het moment dat zij van begin af aan een duidelijke regierol hebben in het herstelplan, maakt dit het hele traject makkelijker.

### **Zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt:**

Opname in een ziekenhuis, ook als daar goede zorg geboden wordt, betekent een afzondering van de eigen woonomgeving, familie en samenleving en leidt daarmee tot het verlies van bijna alle sociale rollen (als partner, ouder, werknemer, vrijwilliger e.d.). Patiënten dienen zich op een afdeling te voegen naar een dagindeling, bezigheden en een fysieke en sociale omgeving, waarvoor ze niet zelf hebben gekozen en waarover ze weinig zeggenschap hebben (Trendrapportage GGZ, 2012, maar dit geldt ook voor de somatische zorg). Dit bevordert rehabilitatie, herstel en participatie niet. Ook als geen opname plaatsvindt maar de zorg wel buiten het domein van de patiënt wordt vormgegeven, speelt dit in mindere mate. Ambulante zorg in de thuissituatie van de patiënt moet aansluiten bij de sociale en maatschappelijk omstandigheden van de patiënt. De behandeling is daarmee gericht op het behouden of herstellen van de sociale rollen van de patiënt.

- Een gelijkwaardige relatie tussen professionals en patiënten ontstaat makkelijker in de eigen omgeving van de patiënt.
- Belangrijke sociale en omgevingsfactoren kunnen oorzaken zijn van disfunctioneren (en van het aan het licht komen van ernstige symptomatologie) en daardoor zou de behandeling beter in, en samen met, die sociale context plaats kunnen vinden.
- Het aanleren van duurzame adequate coping strategieën kan het beste gebeuren op de plaats waar men ze gebruikt, dus in de thuissituatie.

In de GGZ wordt dit overigens al jaren geprobeerd met wisselend succes. Wel is gebleken dat, als ambulante zorg snel en intensief geboden kan worden, opnames kunnen worden voorkomen en verkort met betere kwaliteit van zorg. Hierbij wil ik ook opmerken dat dit in de GGZ misschien ook wel het allerbelangrijkste is: psychiatrische stoornissen worden juist manifest worden tussen het 18<sup>e</sup> en 40<sup>e</sup> levensjaar, waarbij mensen maatschappelijk en sociaal veel te verliezen hebben en de samenleving dus veel te winnen heeft bij goede zorg en snel herstel. Dit toch in tegenstelling tot bijna alle somatische ziekten waarvan het grootste deel pas na het 65<sup>e</sup> levensjaar begint.

### **Faciliteren:**

Met een breed gedragen visie op multidimensionale herstelondersteunende zorg kijken we met een andere blik naar de huidige organisatie van zorg. De zorg is georganiseerd in silo's met eigen specialisaties, maar ook met eigen belangen, machtsposities, financiering en heel veel (eigen) regels. Een groot deel van de gezondheidszorg is gericht op behandeling binnen het medisch domein, hier gaat ook het grootste deel van het geld heen. Dit terwijl dat -zoals beschreven- slechts een (klein) onderdeel is van herstel van functioneren en dat dit aandeel nog kleiner is bij chronische aandoeningen.

Breed (dus multidimensionaal) kunnen kijken naar gezondheid en dus ook naar ziekte en naar behandeling zou mogelijk gemaakt moet worden. Het is aannemelijk dat dit op lange termijn goedkoper is. Het richten van behandeling op positieve gezondheid zou beloond moeten worden. Schotten in financiering tussen verschillende onderdelen van zorg, die juist zouden moeten samenwerken, zouden geslecht moeten worden.

Berucht hierin is de discussie wat behoort tot de gezondheidszorg (gefinancierd door ZVW) en wat tot het sociaal domein (gemeenten) waardoor sommige aspecten (bijv. preventie) door beiden niet betaald worden. Tegelijk zou het financieel onaantrekkelijk gemaakt moeten worden om niet samen te werken.

**Concrete voorbeelden** die dit tegenwerken zijn er veel. Ik noem er 2, bewust in heel verschillende stadia van een hulpverleningstraject om aan te geven dat dit breed speelt:

- het niet/nauwelijks vergoed krijgen van overleg/advies (bijv. wanneer een huisarts of een sociaal wijkteam e.d. overlegt met een medisch specialist over een persoon die niet in behandeling is bij die specialist, dan krijgt de specialist dit in de meeste gevallen niet betaald. Dit terwijl een simpele telefonische consultatie juist tot minder zorgconsumptie kan leiden. Nu is er een financiële prikkel om als specialist dan iemand toch even te zien om een DBC te kunnen openen. Hetzelfde geldt voor allerhande overleggen als bijv. veiligheidshuisoverleggen waar een psychiater bij gevraagd wordt, of overleggen tussen het sociale en het medische domein.
- Bij het ambulantisieren in de GGZ is afgesproken om het aantal bedden gefinancierd vanuit de ZVW te reduceren. Wat op zich goed is, omdat met dat geld ambulante initiatieven betaald kunnen worden. Echter in de langdurige zorg is er een probleem; mensen die langer dan een jaar opgenomen zijn komen in een andere financiering en mensen die langer dan 3 jaar opgenomen zijn in weer een andere financieringsstroom. Als deze mensen die langdurig opgenomen zijn in de GGZ toewerken naar wonen buiten een kliniek, ontstaat er een probleem. Ze komen dan direct weer in de ZVW financiering. Ambulantisieren in de WLZ leidt dus tot toename van zorg binnen de ZVW. Hier zit een perverse prikkel om dit dus niet te doen; binnen de WLZ is geen productieplafond, binnen de ZVW wel. Het is dus 'veiliger' mensen binnen de WLZ opgenomen te houden, want als iemand daaruit ontslagen is en onverhoopt toch weer opgenomen moeten worden, dan drukt dit op de ZVW bedden. Een ambulante WLZ regeling in de GGZ (zoals die binnen de somatiek ook bestaat) zou dit kunnen oplossen. Nog mooier zou het zijn om hiermee vast al te experimenteren door WLZ zonder verblijfscomponent vanuit de WLZ te bekostigen door hiervoor een regelarme zone in te stellen. Daarmee stimuleren we ambulantisering zonder aanzien des financieringstitel, krijgen patiënten passende zorg en worden de totale zorgkosten op de iets langere termijn lager.

In het algemeen betekent multidimensioneel behandelen voor financiers en toezichthouders dus dat er vele, verschillende, individuele en domein overstijgende zorgpakketten moeten komen, die één bepaald 'herstelplan' financieren. Dit dichttimmeren met veel regels waardoor enorme barrières voor het starten van gecombineerde zorg worden opgeworpen, is een heilloze weg. Uitgaan van vertrouwen met steekproefsgewijze controle lijkt passender. Voor toezichthouders als bijv. de IGJ betekent dit ook dat er niet eindverantwoordelijke is die verantwoordelijk gesteld kan worden als er in het hele ingewikkelde complex van samenwerking iets mis gaat. Dit vraagt dus ook binnen het toezicht om het stoppen van denken ik hokjes en echelons.