

De juiste zorg op de juiste plaats en plek



Lees jij ook weleens over 'nieuwe' initiatieven of zorgconcepten en dat je dan denkt: dat is toch niets nieuws, dat heb ik al eerder gehoord of gelezen? Inderdaad; veel recente ontwikkelingen vloeien voort uit wat daar in het verleden over bedacht of besloten is. Redacteur en adviseur Huub Sibbing duikt in deze rubriek *De geschiedenis van...* in actuele ontwikkelingen en plaatst ze in een historische context. Deze keer een speciaal artikel over het thema van dit nummer: *De juiste zorg op de juiste plek*.

Tekst:
Huub Sibbing

In 2018 presenteerde het ministerie van VWS het programma *De juiste zorg op de juiste plaats*, dat wordt ondersteund door het ZonMW-programma *De juiste zorg op de juiste plek* (JZOJP). Hierin wordt gedurende de periode 2019-2021 onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om de juiste zorg op de juiste plek te leveren. De kern van JZOJP komt volgens ZonMW neer op: 'Zorg voorkomen, verplaatsen en vervangen'. Maar waar komt dat gedachtegoed vandaan en wat kunnen we van de historie leren?

Geschiedenis

Het concept van JZOJP is absoluut niet nieuw. Laat ik jullie meenemen naar de jaren 50 en 60 van de vorige eeuw. Nederland was na de verschrikkingen van de Tweede Wereldoorlog begonnen aan de wederopbouw van een nieuw Nederland. Ons land kende toentertijd een enorm versnipperde structuur, 'de verzuiling', ook in de gezondheidszorg. Zo had je binnen het Kruiswerk, de voorloper van de thuiszorginstellingen, het Gele Kruis (katholiek), het Oranje Groene Kruis (protestants) en het Groene Kruis (neutraal).

Ieder van deze 'zuilen' zorgde voor zichzelf en de overheid hield zich veelal afzijdig en bemoeide zich er nauwelijks mee, het primaat lag bij het 'particulier initiatief'. Vooral de instellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingstehuizen) breidden enorm uit. Een belangrijke drijfveer daarvoor was om ouderen voortaan niet thuis te verzorgen maar ze te laten opnemen in verzorgingstehuizen.

Volksgezondheidsnota 1966: Veldkamp

In de jaren 60 liet Gerard Veldkamp, minister van Sociale Zaken een analyse maken van de stand van de Nederlandse gezondheidszorg, hetgeen resulteerde in de *Volksgezondheidsnota van 1966*.

Ze schrokken zich een hoedje toen die analyse klaar was. Er was geen enkele inhoudelijke samenhang te

ontdekken in de gezondheidszorg. Waar hield bijvoorbeeld het werk van de wijkverpleging op en begon de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen? Er viel tevens geen enkele organisatorische samenhang te ontdekken. Elk van de instellingen en beroepen hadden hun eigen regels, financieringen en (soms) wetgeving. En de kosten dreigden de pan uit te rijzen. Minister Veldkamp hield een vurig pleidooi om de overheid een grotere rol te geven in de ontwikkeling van de gezondheidszorg maar hij ving bot in de Tweede Kamer. Het primaat van het particulier initiatief was nog te dominant in de samenleving en de politiek en over de kostenstijging maakte men zich geen zorgen: de economie boeide toentertijd als nooit tevoren. Kortom: een interessante analyse maar de overheid bleef op de achtergrond.

Structuurnota 1974: Hendriks

Pas met het Kabinet Den Uyl, met staatssecretaris Jo Hendriks op de portefeuille Gezondheidszorg binnen het nieuw gevormde ministerie Volksgezondheid en Milieu (VoMil) begon de overheid werk te maken van het richting geven aan de ongebreidelde ontwikkeling van de gezondheidszorg. In de *Structuurnota van 1974*

Het concept van JZOJP is absoluut niet nieuw

presenteerde Hendriks een analyse en kaders voor beleidsontwikkeling. De analyse bevatte niets nieuws en kwam grotendeels overeen met de analyse uit de *Volksgezondheidsnota van 1966*. Toch kreeg Hendriks nu wel groen licht van de Tweede Kamer om echt werk te maken van nieuw beleid. Het maatschappelijke en economische klimaat was namelijk drastisch veranderd. De verzuiling en daarmee het primaat van het particulier

Foto: Annie Spratt, Unsplash

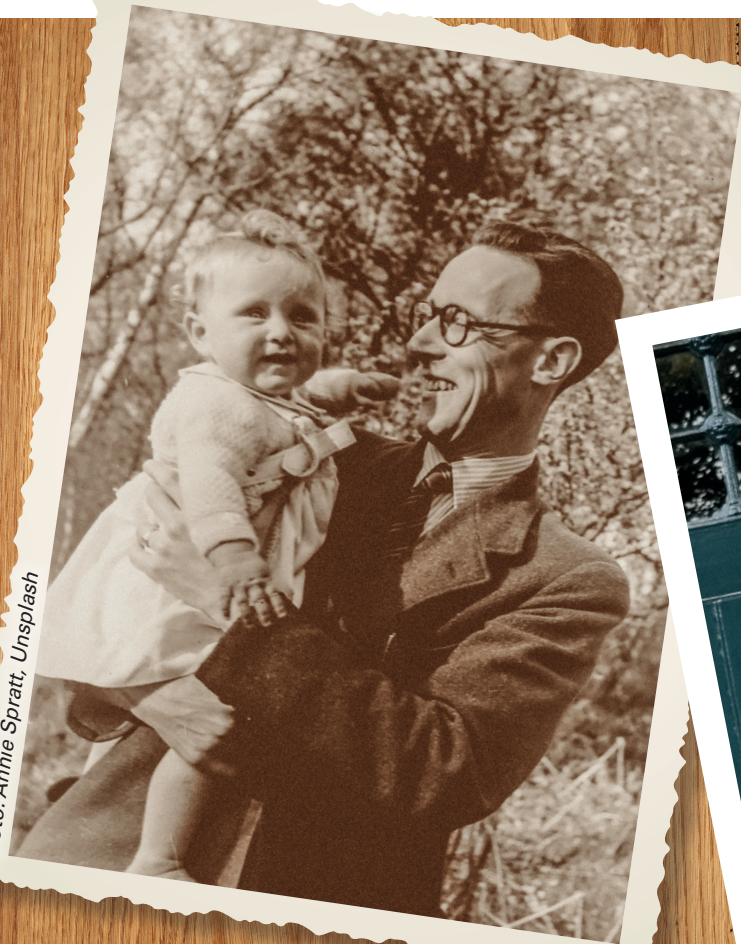


Foto: Eielei, Unsplash



initiatief was in een neerwaartse spiraal beland en de economie verkeerde in grote problemen door de oliecrisis van 1973.

Echelonering en substitutie

Om in de wirwar van gezondheidszorg ordening aan te brengen stelde de structuurnota voor om de gezondheidszorg te ordenen in vier echelons (het Hebreeuwse woord voor schillen of lagen):

- **Het basisechelon, de nulde lijn of de basisgezondheidszorg:** alle activiteiten gericht op de hele bevolking die gezond was en het streven om ze gezond te houden. Hieronder viel het hele terrein van de collectieve primaire preventie zoals uitgevoerd door de GGD'en, de jeugdgezondheidszorg en een deel van de wijkverpleging
- **Het eerste echelon/eerste lijn:** alle voorzieningen die burgers bij beginnende gezondheidsproblemen terzijde staan
- **Het tweede echelon/de tweede lijn:** de klinische zorg voor complexere en chronische zorg waarin de basis gevormd wordt door de ziekenhuizen, GGZ-instellingen en de verpleegtehuizen

- **Het derde echelon/derde lijn:** de top-klinische zorg zoals geleverd in de academische ziekenhuizen en supergespecialiseerde instellingen zoals bijvoorbeeld het brandwondencentrum.

Substitutie

Met 'substitutie' ofwel verplaatsing, introduceerde het ministerie van VoMil (nu VWS) het idee om de zorg die onnodig in een hogere echelon of lijn geleverd werd, te verplaatsen naar een passender lager echelon, dicht bij de leefwereld van de cliënt. Wat kunnen we bijvoorbeeld doen om onnodige ziekenhuisopname, opname in GGZ-instellingen of verpleeghuizen te voorkomen en mensen in de thuissituatie behandelen (substitutie van de tweede naar de eerste lijn)?

Met de *Structuurnota* had de overheid het indelingskader (echelonering) de gewenste ontwikkeling (substitutie) om richting te geven aan de sturing van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland. De basis voor JZOP was gelegd en zou nooit meer uit het

De geschiedenis van...

overheidsbeleid verdwijnen. Maar om dat daadwerkelijk te effectueren was meer nodig.

Dit gebeurde door de jaren heen in een aantal stappen. Zo werd in de *Nota Eerstelijnszorg* (1983) gepropageerd dat een sterke eerste lijn een noodzakelijke voorwaarde was voor het substitutiebeleid. De kern van de eerste lijn zou gevormd moeten worden door de vier kern-disciplines: de huisarts, de wijkverpleging, de gezinszorg en het maatschappelijk werk, liefst in nauwe samenwerking in bijvoorbeeld integrale gezondheidscentra. In de *Nota 2000* (1986) was er een eerste aanzet vanuit de overheid om meer de nadruk te leggen op preventie in de breedste zin van het woord. Uitgangspunt was niet langer ziekte en behandeling maar in een zo vroeg stadium voorkomen van gezondheidsklachten door niet alleen aandacht te besteden aan erfelijke factoren (screening) en leefstijlfactoren maar ook aan de fysieke en sociale omgeving.

Om gezondheidsproblemen in een zo vroeg mogelijk stadium aan te kunnen pakken en doorverwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen, werd gekozen voor het 'integrale wijkmodel' waarin naast de vier kern-disciplines ook ruimte was voor GGZ-voorzieningen en (poli-)klinische voorzieningen op wijkniveau. En dan verschenen er in 1990 de *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid* (WCPV) en in 2006 de *Wet Publieke Gezondheid*. Die waren erop gericht om de uitvoering van allerlei preventieve activiteiten beter op elkaar af te stemmen en daarmee de preventieve gezondheidszorg een 'boost' te geven.

Anno 2021 valt er nog een slag te slaan, zeker voor M&G-verpleegkundigen

Ingrediënten genoeg om de substitutiebeweging en JZOJP een steun in de rug te geven, maar de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg was weerbarstig. In 2010 luidde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de voorloper van de huidige Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) de noodklok. In het advies *Perspectief op Gezondheid* (2010) pleitte de RVZ voor een mindshift binnen de hele gezondheidszorg van de oriëntatie op Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid om twee jaar later in het advies *Regie aan de Poort* (2012) te pleiten voor integrale wijkteams waarin huisarts, wijkverpleegkundige, jeugdverpleegkundige en het sociale domein samenwerken om gezondheids-

problemen in een vroeg stadium aan te pakken en daarmee onnodige specialistische zorg te voorkomen. Dat werd in 2015 nog eens ondersteund door het rapport van de Commissie Kaljouw die formuleerde dat voor de toekomstige gezondheidszorg in Nederland de basis zou moeten liggen bij voorzorg (preventie) en gemeenschapszorg (zorg in de thuissituatie).

JZOJP: uitdagingen voor M&G-verpleegkundigen

Hoe staat het nu anno 2021 met *De juiste zorg op de juiste plaats en plek*? In praktijk blijkt dat er zeker al het een en ander goed loopt, maar dat er ook op diverse terreinen nog een slag te slaan valt, zeker voor M&G-verpleegkundigen.

De basis: preventie.

De juiste zorg op de juiste plaats en plek begint bij het begin; de eerste dagen van een kind. De hele prenatale en jeugdgezondheidszorg draagt vanaf haar ontstaan aan het eind van de negentiende en begin van de twintigste eeuw al een bijdrage aan wat we nu JZOJP noemen door middel van advisering, voorlichting, het Rijksvaccinatieprogramma en opvoedingsondersteuning en programma's als *Voorzorg* en *Triple P*. Een mooi recent voorbeeld is de *Coalitie Kansrijke Start* waarin een reeks van partijen een bijdrage willen leveren aan een gezonde start van kinderen. Maar zelfs als de start gezond is, kunnen er allerlei barrières optreden waardoor de gezondheid van kinderen bedreigd wordt. Geen enkele ouder en geen enkel kind is er bij gebaat als kinderen onnodig uit huis geplaatst worden of in de gespecialiseerde jeugdzorg terecht komen.

Ook dan streeft de jeugdgezondheidszorg naar normaliseren en de-escaleren. Wat kunnen we doen om te voorkomen dat gezins- en opvoedingssituaties zodanig escaleren dat verwijzing naar gespecialiseerde jeugdzorg onontkoombaar lijkt? Dat veronderstelt wel dat we durven te investeren in de jeugdgezondheidszorg in plaats van daar op te bezuinigen, zoals de afgelopen decennia is gebeurd. De JGZ beschikt over een reeks van interventies die probleemsituaties in een vroeg stadium kunnen aanpakken, zoals *Triple P* en de *Eigen Kracht Conferenties*. Helaas zijn die anno 2021 nog lang niet overal beschikbaar. Dit is wellicht een van de redenen dat thuissituaties, onnodig, escaleren. Er is in de laatste jaren een enorme toestroom naar de gespecialiseerde jeugdzorg met enorme wachtlijsten en enorme tekorten. Dit lijkt in contradictie te staan met *De juiste zorg op de juiste plaats en plek*.

Ouderen

Het overheidsbeleid bepleit al jaren om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten leven, ook bij toenemende gezondheidsklachten. Maar dat stelt eisen aan de mate waarin de buurt, de leefomgeving zodanig ingericht is, dat het voor ouderen mogelijk is om thuis te blijven wonen. Denk daarbij aan huisvesting, voorzieningen dichtbij, veiligheid in de woning, op straat en in de buurt. Ook daar valt nog een slag te slaan. In haar promotieonderzoek *Neighbourhoods for ageing in place* (2014) concludeerde onderzoekster Hanna van Dijk (Erasmus Universiteit, Rotterdam) bijvoorbeeld dat het overgrote gedeelte van de buurten en wijken daar nog onvoldoende op zijn toegerust.

De gezonde wijk

Een gezonde wijk is per definitie van belang als het gaat om preventie en daarmee ook van belang voor een toepassing van *De juiste zorg op de juiste plaats en plek*. Hoe kunnen we er voor zorgen dat de wijk waarin kinderen, volwassenen en ouderen wonen een gezonde wijk is om te wonen? Een wijk waarin bewoners zich veilig voelen, voorzieningen aanwezig zijn, groen- en speelmogelijkheden zijn en waarin sociale cohesie heerst. M&G-verpleegkundigen kunnen hieraan – in hun rol als ‘spin in het web’ – een bijdrage leveren door een wijkdiagnose op te maken samen met bewoners en andere professionals en wijkverbeterplannen op te stellen.

Verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg: outreachend werken

Nederland heeft een uitgebreid systeem om bij infectieziekten de betreffende doelgroep actief te benaderen: outreachend werken. Mensen met een vermoeden van een SOA of een TBC-infectie kunnen zich laten testen bij de GGD of de SOA-poli. Maar waarom wachten tot ze het vermoeden van een infectie hebben? Om dat proces een stap voor te zijn, gaan verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg, mits ze er door een organisatie toe gefaciliteerd zijn, direct op de doelgroep af. Naar daklozencentra, prostitutielocaties, naar scholen of naar vakantieplaatsen voor jongeren.

Een mooi recent voorbeeld van dit outreachend werken is de inzet van corona-prikbussen in wijken waarin de vaccinatiegraad tegen corona laag is. De GGD komt naar je toe, waardoor drempels lager worden = JZOJP.

Zorg anders organiseren

Ook door de zorg anders te organiseren kun je voorkomen dat mensen onnodig in gespecialiseerde voorzieningen terecht komen, terwijl voor veel mensen



De belangrijkste peilers

Peilers in het programma *De juiste zorg op de juiste plaats* zijn onder meer:

- Het functioneren van mensen als vertrekpunt > Verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid
- Het juiste commitment > Mismatch tussen zorgbehoefte en het aanbod van zorg
- Het juiste beeld van de gezamenlijke opgave > Samen een gedeeld beeld van gezondheid en zorg in de regio maken dat motiveert
- De juiste professional op de juiste plaats
- Naar het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek
- De juiste zorg op de juiste plek moet beter beloond worden

thuis een betere plek is om zorg te ontvangen. Een mooi voorbeeld is de samenwerking tussen de thuiszorg in Amsterdam met de SEH's van de ziekenhuizen. Vaak kwamen ouderen na bijvoorbeeld een valincident daar terecht. Het overgrote gedeelte kon na behandeling in principe weer naar huis, mits er thuis voorzieningen waren getroffen. Aangezien de afstemming daarover ontbrak bleven ouderen onnodig lang op de SEH met potentiële risico's zoals delier. In het Amsterdamse project werden wijkverpleegkundigen gestationeerd op de SEH om in voorkomende gevallen ondersteuning thuis te organiseren waardoor ouderen na SEH-opname weer naar hun vertrouwde omgeving thuis terug konden, als verblijf op de SEH medisch niet langer noodzakelijk was. Ook dit is een goed voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plaats.

Kortom: Het hele concept van de *Juiste zorg op de juiste plek* is M&G-verpleegkundigen op het lijf geschreven. De kern van JZOJP komt volgens ZonMW neer op 'Onnodig dure of overbodige zorg voorkomen en de zorg verplaatsen - naar dichterbij mensen thuis, in hun eigen vertrouwde leefomgeving. Zorg vervangen door nieuwe en andere vormen van zorg'. Durven jullie het aan? 

Huib Sibbing
is adviseur van
het bestuur van
V&VN M&G en
redactielid van
Tijdschrift M&G