

Ziekenhuis zonder muren

Dr. Jan Rombout, MBA medische data & KNO-arts: 17-10-2021

In dit artikel¹ wordt het concept 'ziekenhuis zonder muren' uitgewerkt. Er is meer transparantie in de zorg nodig, o.a. om 'de juiste zorg op de juiste plaats' te kunnen leveren.

1. Waarom focus op ziekenhuiszorg?

Het merendeel van de zorg wordt buiten het ziekenhuis geleverd. De meeste kosten worden echter door de ziekenhuizen gemaakt. Ziekenhuizen zijn hightech omgevingen die grote invloed hebben op hoe curatieve zorg ('cure') geleverd wordt. Vanuit de cure is er een verbinding met verpleging en verzorging, ook wel aangeduid met 'care'.

Om ziekenhuiszorg transparant te maken is er een digitale transformatie nodig. Er bestaan nu nog duidelijke digitale muren rondom en ook binnen het ziekenhuis, die de zorg vertragen en onnodig duur maken.

Het 'ziekenhuis zonder muren' is onderdeel van de 'continuïteit van zorg' tussen de verschillende echelons in de zorg. In Nederland worden vier echelons aangegeven (Nictiz²):

0. Nuldelijns zorg: preventie, bv. GGD
1. Eerstelijns zorg: wordt o.a. door huisartsen geleverd
2. Tweedelijns zorg: wordt meestal door perifere en topklinische ziekenhuizen geleverd
3. Derdelijns zorg: wordt in topklinische en academische ziekenhuizen geleverd

Er bestaan tussenvormen: anderhalvelijns zorg is een bekend begrip. Ik heb de halvelijn en tweeënhavelijn toegevoegd om het beeld te completeren en kom dan tot zeven levels:

- 0,5 Halvelijns zorg: patiënten die zelf hun (chronische) aandoening regelen met wat hulp van de huisarts, huisarts-ondersteuner of vanuit een medisch specialisme.
- 1,5 Anderhalvelijns zorg: zorg die vroeger in het ziekenhuis werd gedaan, maar nu door huisartsen geleverd wordt, in nauwe samenwerking met ziekenhuizen³.
- 2,5 Tweeënhavelijns zorg: onderdelen van een academische zorgepisod die in een perifeer ziekenhuis uitgevoerd worden

Het 'ziekenhuis zonder muren' is naadloos geïntegreerd met de eerste lijn. De huisarts bepaalt immers wanneer de patiënt doorgestuurd wordt en houdt coördinatie over de verschillende zorgepisodes, die naast elkaar kunnen lopen. De muur tussen de huisarts en ziekenhuis is de eerste die zou moeten verdwijnen.

¹ RomRom, artikelserie: <https://www.romrom.nl/blog>

² Nictiz, zorgechelons: <https://www.nictiz.nl/overzicht-standaarden/zorgdomeinen/>

³ OLVG, voorbeelden anderhalvelijns zorg: <https://www.olvg.nl/anderhalvelijnszorg>



Het 'ziekenhuis zonder muren' maakt het mogelijk dat patiëntenzorg naadloos opgeschaald en ook weer zo snel mogelijk weer afgeschaald kan worden. Hiermee ontstaat een goede 'continuïteit van zorg' en krijgt de patiënt de beste zorg op het laagste level dat nodig is, liefst dicht bij huis. Dit heet ook wel 'de juiste zorg op de juiste plaats'.

2. Welke muren in een ziekenhuis kunnen we missen?

Het gaat zowel over binnen- als buitenmuren en met name bureaucratische muren kunnen we missen. Continuïteit van zorg vereist dat kennis gemakkelijk beschikbaar is en de digitale systemen zorgprofessionals actief faciliteren bij de administratie. Het moet aan de ene kant duidelijk zijn wat de redenen zijn om patiëntenzorg 'op te schalen', aan de andere kant moet het mogelijk zijn om snel weer 'af te kunnen schalen'.

Het 'ziekenhuis zonder muren' is transparant: zowel voor de patiënt als de zorgprofessionals. Zorgprofessionals werken tot nog toe vrijwel volledig vanuit hun geheugen en nemen telkens ad-hoc besluiten. Dit leidt tot onverklaarbare verschillen tussen ziekenhuizen (praktijkvariatie). Daarnaast geeft het werken uit het geheugen aanleiding tot vergeten, vergissingen en is foutgevoelig: dit veroorzaakt onnodig herstelwerk en dat is duur.

Wat ook niet helpt is dat iedere stap tussen de levels en verwijzing binnen een echelon een aparte handmatige administratieve handeling kent, er gaat vrijwel niets automatisch. Twee voorbeelden:

1. Tegenwoordig typt de huisarts de vraagstelling in het ZorgDomein verwijssysteem, de verwijsbrief naar het ziekenhuis wordt vervolgens samengesteld uit het 'huisarts informatiesysteem' (HIS), dit wordt dan vervolgens weer als 'platte tekst' meegestuurd en kan niet automatisch in het 'ziekenhuis informatiesysteem' (ZIS) overgenomen worden. Een medisch specialist begint weer helemaal van voor-af-aan bij de intake⁴. Relevante onderdelen worden met de hand overgenomen uit de verwijsbrief. Dit handmatige overnemen van informatie bestaat al sinds de huisartsen aan de patiënt een handgeschreven briefje meegaven in een (gesloten) envelop voor de medisch specialist. De instrumenten zijn veranderd, de procedure blijft hopeloos ouderwets.
2. Ook een intercollegiaal consult, of ICC (als de ene medisch specialist een consult aan een andere medisch specialist vraagt) wordt met de hand getypt. In het ZIS dat ik gebruik moet ik zelfs de naam van de aanvrager handmatig overnemen in mijn KNO-consultformulier. Waarom is er geen automatische koppelingen tussen een ICC- en een KNO-formulier? Waarom moet ik de naam van mijn collega-specialist weer apart toevoegen als ik de huisartsen-brief maak over het ICC-consult?

Het telkens volledig opnieuw oriënteren op een patiënt kost te veel tijd en is foutgevoelig, dit moet zo snel mogelijk aangepakt en verbeterd worden.

3. Verbeterpotentieel door muren af te breken

Er is een enorm verbeterpotentieel in de communicatie tussen zorgprofessionals, als huisartsen, medisch specialisten, (specialistisch) verpleegkundigen, physician assistants en natuurlijk: de patiënt zelf. Er is in de zorg een digitale inhaalslag nodig, op de volgende pagina staan de communicatiemomenten die als eerste geoptimaliseerd moeten worden.

⁴ RomRom blogpost: <https://www.romrom.nl/continuïteit-van-zorg-op-basis-van-icpc-codes>



Level	Zender - ontvanger	Verbeterpotentieel
0,5	Patiënt – huisarts	Symptoom checker: de patiënt kan bepalen met de adviezen of hij zichzelf kan behandelen, een arts moet consulteren, of naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis moet gaan
	Praktijkondersteuner - patiënt	Gestructureerde behandeltrajecten via applicaties die ook goed aansluiten op het HIS en zelfs ZIS. Dus ook verplaatsing van tweedelijns zorg naar de thuissituatie
1,5	Huisarts – medisch specialist	Gestructureerde doorverwijzing, waarbij het voorwerk van de huisarts overgenomen wordt
	Medisch specialist – huisarts	Transmurale zorgpaden waarbij de huisarts de initiële behandeling start en zo nodig doorverwijst. Goede koppeling tussen HIS en ZIS, zodat een doorverwijzing automatisch geïnitieerd kan worden.
2,0	Medisch specialisten onderling	Betere aansluiting van de multidisciplinaire overleggen (MDO's), liefst regionaal. Met ondersteuning en administratieve lastenverlichting bijvoorbeeld met 'Robotic Process Automation' (RPA)
	Medisch specialisten – patiënten (en andere stakeholders als huisartsen, bedrijfsartsen, familie)	Zorgprocessen systematisch in kaart brengen. Er zijn wel protocollen en richtlijnen, maar deze beschrijven losse details en niet de samenhang in een zorgepisode
2,5	Academische zorgprofessionals – toeleverende artsen	De academische ziekenhuizen zijn een plaats om complexe zaken te behandelen. Zodra een onderdeel in de tweede lijn kan, zou die daar plaats moeten vinden. (Zie punten bij 1,5). Ook hier geldt dat nu de administratieve lasten hoog zijn en de consistentie in zorgepisodes laag is.
1 - 3	Artsen onderling	Er zijn nog onvoldoende rapportages over de 'toegevoegde waarde' van dagdagelijkse zorg. Door beter te communiceren, uitkomsten te registreren en vervolgens te gaan rapporteren kunnen 'best practices' geïdentificeerd worden ⁵ .

4. Transparantie in de zorg

In dit artikel is duidelijk geworden dat 'ziekenhuis zonder muren' een verzamelterm is om te beschrijven hoe patiënten samen met hun zorgprofessionals beter gefaciliteerd kunnen worden, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Het is belangrijk dat zowel kennis beschikbaar is, als dat er inzicht is in de patiënt-data, voor alle betrokkenen. Minder digitale muren creëert meer transparantie en maakt de zorg beter.

Er is een enorm verbeterpotentieel, waarbij de digitale transformatie gaat helpen om naadloos te kunnen op- en afschalen in de levels. Voor de cure geldt dat 'de juiste zorg op de juiste plaats' het laagst mogelijke level is, zo dicht mogelijk bij huis voor de patiënt.

⁵ RomRom blogpost: <https://www.romrom.nl/innovatiecyclusals-onderdeel-van-de-digitale-zorgtransformatie>