

Zorg en sociaal domein verbinden met big data

Totaalplaatje Midden-Holland

Data zijn een bruikbare bron om afwegingen te maken over wanneer zorg nodig is en wanneer oplossingen juist in het sociale domein liggen. De regio Midden-Holland heeft hiermee ervaring opgebouwd, wat resulteert in soms verrassende inzichten. Maar dit lukt alleen als gelijkwaardige samenwerking tussen alle aanbieders in zorg en welzijn de basis vormt.

TEKST FRANK VAN WIJCK

Is de regio Midden-Holland 32 procent meer vergrijsd dan het Nederlandse gemiddelde en is het merendeel van de kwetsbare ouderen alleenstaand en in het bezit van een eigen woning? Nou nee dus. "Alles wat ik vooraf dacht over de regio is door data-analyse onderuitgehaald", zegt Bart Smit. "Ik had niets met big data, maar nu ben ik bijna een data-fetisjist geworden."

Smit en zijn collega Lia Donkers zijn programmamangers Gedeelde Zorg, het regiobrede programma van de grote zorgaanbieders en de vijf gemeenten in Midden-Holland, gericht op innovatie en integratie van zorg en welzijn. Het is ontstaan in 2017 onder de vlag van de al in 1998 opgerichte Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland, het samenwerkingsverband tussen de aanbieders in de regio om voor de inwoners een samenhangend en doelmatig zorg- en welzijnsaanbod te ontwikkelen.

"Samenwerking in zorg en welzijn kent in onze regio dus al een lange traditie", zegt Donkers. "En de gedachte achter Gedeelde Zorg was ook al gevormd voordat landelijk het idee van de juiste zorg op de juiste plek werd gelanceerd. Onze invalshoek is anders. De juiste zorg op de juiste plek gaat uit van de gedachte dat veel zorg op de verkeerde plek wordt geleverd. Ons uitgangspunt is die kwetsbare oudere patiënt en zijn *patient journey*. Iemand komt op een bepaalde plaats in de zorgketen terecht als er iets aan de hand is en daar wordt dan zelden naar het totaalplaatje gekeken. Je moet maatwerkoplossingen bieden - achter een klacht over hoge bloeddruk kan bijvoorbeeld eenzaamheid schuilgaan als het echte probleem - en daarvoor moet je in de regio alle spelers bij elkaar hebben."

Feiten als basis

Alle spelers bij elkaar hebben is echter niet voldoende. Het is ook zaak de feiten helder te hebben. Juist daarom

is die eyeopener van Smit over big data zo belangrijk. De partijen in Gedeelde Zorg gebruiken data voor gedegen analyse van de populatiekenmerken in de regio, om zorg en welzijn optimaal te kunnen afstemmen op de behoefte. Door de databronnen van CBS, RIVM, gemeente (Wmo), huisartsen en ziekenhuis te combineren, kunnen analyses gemaakt worden van waar in de regio welke problemen te verwachten zijn op de dominante dossiers kwetsbare ouderen en ggz. >>



Bart Smit: 'Interessante, maar ook verrassende bevindingen.'

'Wie gebruiken straks veel zorg en wat kan regio dan het best bieden?'

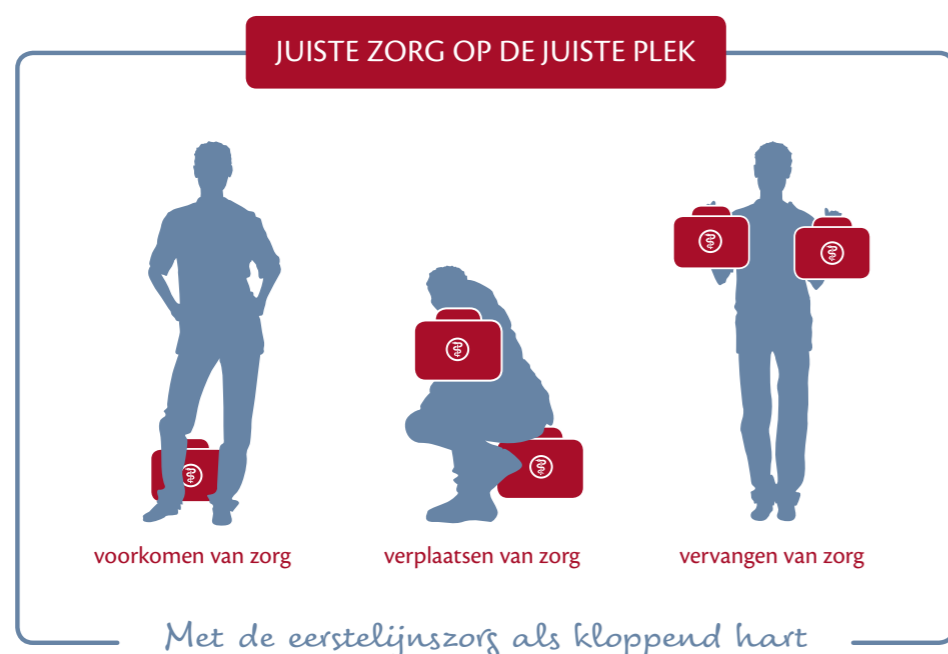


GEEN ABSOLUTE WERKELIJKHEID

Bart Smit en Lia Donkers willen met hun verhaal niet vertellen dat big data de Haarlemmerolie is voor een succesvolle verbinding van zorg en welzijn.

"Ieder filter dat je aan- en uitzet bij een analyse, geeft een andere werkelijkheid", zegt Smit. "Daar moet je je van bewust zijn. Het is geen absolute werkelijkheid. En het is ook niet dé oplossing. Het is voor ons een hulpmiddel om stappen te zetten binnen het programma Gedeelde Zorg, en dat dit werkt is te danken aan het feit dat we als betrokken partijen voortdurend met elkaar aan tafel zitten om zorg en sociaal domein op orde te krijgen. Big data is daarbij ondersteunend. Met de data die het RIVM beschikbaar heeft, kom je al een heel eind, maar de sociaal domein-data vanuit de regio er overheen leggen geeft wel een extra verfijning."

Tegelijkertijd geeft juist die koppeling van data discussie. "Een zeer gevoelig onderwerp, daar was ik naïef in", geeft Smit toe. "Leidend is de AVG en andere wet- en regelgeving die de privacy van de burger en patiënt waarborgt. Onze data-analyses zijn zó ingericht, dat de data die we gebruiken nooit te herleiden zijn naar individuen. In zo'n programma krijg je met privacy- en security-officers van alle betrokken partijen discussie, je moet echt de nodige weerstand overwinnen en juridische procedures doorlopen. We hebben inmiddels een interessante communicatielijn met privacy- en ACM-juristen en het ministerie van VWS, want de privacyregels kunnen knellen met wat je wilt bereiken. Van beide partijen krijgen we heel veel medewerking trouwens, net als van de Nederlandse Zorgautoriteit."



“Toepassing van big data helpt je om nu al te kunnen inschatten hoeveel mensen straks gebruik gaan maken van zorg en wat je hen dan het best kunt bieden”, zegt Smit. “En dan kom je dus tot interessante, maar ook verrassende bevindingen. Dat de vergrijzing in Midden-Holland helemaal niet boven het landelijk gemiddelde zit bijvoorbeeld, en dat de meeste ouderen in huurwoningen wonen. Op basis van zulke feiten kun je ook nadenken over zaken als eenzaamheid onder ouderen of schuldenproblematiek. Dingen waarvan je weet dat ze tot een hogere zorgvraag leiden, maar ook dat de oplossingen niet in zorg liggen, maar in het sociale domein.”

Capaciteit transferverpleegkundigen

Big data brengt gegevens boven tafel die echt relevant zijn. Bijvoorbeeld dat de regio 35.000 kwetsbare ouderen telt. Slechts een kleine minderheid van hen is verantwoordelijk voor een groot beslag op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Of dat in de regio 1.836 mensen gediagnosticeerd zijn met dementie, maar dat veel meer mensen nog niet gediagnosticeerd zijn, maar hier wel aan lijden.

“We lopen dus achter de feiten aan”, zegt Donkers, “want we hebben een groot deel van die groep niet in beeld en kunnen daarom niet vroegtijdig interveniëren om crisissituaties te voorkomen. We zien, ook dankzij



Lia Donkers: 'Data-analyse opent de weg naar andere oplossingen'.

data-analyse, dat de bedden capaciteit in de eerste lijn op orde is en dat daar dus niet het probleem zit. Die kennis opent de weg naar andere oplossingen. Verhogen van de capaciteit aan transferverpleegkundigen bijvoorbeeld. Dat leidt tot minder hospitalisatie en ontlast de huisarts, want de transferverpleegkundige weet waar in de regio passende zorg beschikbaar is voor een kwetsbare oudere in een acute situatie.”

De juiste plek

In sommige gevallen zorgt de transferverpleegkundige er zelfs voor dat iemand toch thuis kan blijven en dat benutting van een eerstelijns-bed dus niet nodig is. “Dát is pas de juiste zorg op de juiste plek: verschuiving vanuit de tweede lijn met minimale belasting voor de eerste lijn”, zegt Donkers. “Hierbij hoort ook dat we - wetend dat veel dementie niet gediagnosticeerd is - de kennis van de casemanagers dementie in het sociaal domein brengen, zodat de sociaal werkers dementie leren herkennen. Ook dit heeft door big data een impuls gekregen. We kijken dus verder dan substitutie van tweede naar eerste lijn, waarin het ziekenhuis het centraal punt blijft.”

Data-analyse levert andere inzichten op. Een voorbeeld: een kleine groep ouderen heeft een verdenking van huidkanker en maakt daarmee aanspraak op een deel van het dermatologiebudget van het ziekenhuis. Minder dan de helft van deze mensen krijgt daarin een vervolgingreep, terwijl iets meer dan de helft geen verdere zorg nodig heeft. Smit: “Als je dan de scanmogelijkheid die hierover uitsluitel biedt, inzet in de eerste lijn, versterk je de zorg voor deze patiëntgroep en realiseer je een verschuiving van zorg met impact op budget van de tweede lijn en minimale impact op verzwaring van het werk in de eerste lijn.”

'Sociaal werkers leren dementie te herkennen'

Donkers benadrukt dat de partijen in Gedeelde Zorg bewust niet spreken over substitutie, dat ze als een vervuilde term beschouwt. “We hebben het ook niet over bezuinigingen, maar over minder meerkosten”, zegt ze. “We kijken voortdurend vanuit het geïntegreerd model. En we prijzen ons gelukkig met een ketenpartner als het Groene Hart Ziekenhuis die altijd bereid is om mee te denken over andere scenario's. Met de primaire zorgverzekeraar - VGZ - bestaat een meerjarenafspraak waarin verschuiving van zorg naar de eerste lijn is opgenomen. Dankzij data-analyses op verschuifbare zorg kunnen gerichte keuzes worden gemaakt, waarvoor sneller draagvlak is te realiseren.” <<

Meer weten over Gedeelde Zorg en de regio waarop dit project van toepassing is? Kijk op www.de-erstelijns.nl/dossier.

COLUMN



Patiënten zonder (adequate) zorg

EHealth en zorg op afstand, zoals beeldbellen, zijn technisch en qua bekostiging geregeld. Nu de daadwerkelijke implementatie nog.

Hiervoor moeten gedragspatronen bij patiënten en zorgaanbieders veranderen. Vooral in de kleinschalige eerstelijnszorg is dat nog best een probleem, want veel patiënten zijn gewend om te bellen met de huisarts, te worden behandeld bij de fysiotherapeut en een bijsluiter te ontvangen in de apotheek. Dat is wat anders dan zelf nakijken op thuisarts.nl wat je moet doen, een online instructie te volgen bij lage-rugklachten en een kijksluiter te gebruiken als uitleg bij een nieuw medicijn.

Toch is de gedragsverandering bij de zorgaanbieders zelf misschien wel de grootste hobbel. Door opleiding, ervaring en vertrouwde, ingebakken routines is een zorgaanbieder vaak sceptisch. Zeker als een nieuwe werkwijze in eerste instantie extra tijd kost of werkprocessen aangepast moeten worden, terwijl de werkdruk al hoog is.

De prikkels om het toch te doen, zijn de wens om te innoveren, technisch steeds betere toepassingen en de juiste financiële prikkels.

Wat daarbij is gekomen, zijn tekorten aan (ondersteunend) personeel als extra stimulans en groot-schalige ondersteunde implementatieprogramma's als OPEN en standaardisatie MEDMIJ. Nu is het een kwestie van doorzetten en tegenslagen overwinnen. Het zal wel moeten, want het alternatief is patiënten zonder (adequate) zorg.

Jan Erik de Wildt,
trendwatcher eerstelijnszorg



Foto: Hollandse Hoogte / Peter Hiltz