

Gespreksnotitie transformatie ketenzorg

Notitie voor het overleg tussen de Friese zorggroepen en zorgverzekeraar

De Friesland/Zilveren Kruis d.d. 4 maart 2021.

Inleiding

Friesland heeft drie zorggroepen (Catena, Dokterscoop en Ketenzorg Friesland) die zich richten op de uitvoering van de landelijke ketenzorgprogramma's. Tot op heden hebben deze zorggroepen separaat met zorgverzekeraar De Friesland gesproken over inhoud, doorontwikkeling en contractering van de ketenzorg voor COPD, Astma, CVRM en DM2.

Wij als zorggroepen hebben net als de koepelorganisatie én de zorgverzekeraar geconstateerd dat de huidige kaders knellen. Daarom hebben we onze kennis en ervaring gebundeld voor de doorontwikkeling c.q. transitie van de ketenzorg.

Dit initiatief is eerder in een gezamenlijke brief (d.d. 21-12 2020) aan De Friesland/Zilveren Kruis aangekondigd en toegelicht.

Deze notitie is tot stand gekomen vanuit het gezamenlijke initiatief van de Friese zorggroepen. Onze visie op de doorontwikkeling/transitie van de (chronische) ketenzorg is in deze notitie in tekst en modelmatig weergegeven.

Deze gespreksnotitie dient als onderlegger in de gesprekken over de toekomst van de ketenzorg met de zorgverzekeraar De Friesland/Zilveren Kruis (DF/ZK).

Aanleiding

De ketenzorg heeft de afgelopen 10+ jaren zijn meerwaarde bewezen. Deze vorm van programmatische zorg voor chronische aandoeningen, heeft er voor gezorgd dat deze doelgroepen in beeld kwamen en nu structureel zorg krijgen conform de geldende NHG richtlijnen. Daarmee is de eerste doelstelling van de ketenzorg behaald; ziekte specifieke en structurele goede zorg.

Nu ruim 10 jaar verder verandert onze maatschappij, de populatie en de visie op zorg. Daarnaast dreigt het tekort aan zorguitvoerders in de huisartsenpraktijk.

Eenzijds is sprake van vergrijzing en multi-morbiditeit met de daarbij behorende complexiteit voor de zorg. Er ontstaat tevens een groeiende groep zelfbewuste patiënten en zorggebruikers die een vorm van regie willen hebben en houden op hun leven en de daarbij behorende gezondheidszorg. De zorgverleners moeten dit bevorderen en hun patiënten helpen om deze eigen regie op de gezondheid op te pakken. Het actief vanuit de zorgverleners aanbieden van persoonsgerichte zorg en het inbedden van passende zelfmanagement instrumenten voor de patiënt, is hierbij cruciaal.

Anderzijds drukt deze toename en verbreding van zorgvraag op de zorguitvoerders. De vraag naar (secundaire) preventieve zorgverlening binnen de zorgpaden voor de chronische aandoeningen groeit. Hoe blijft de (chronische) zorg hanteerbaar en aantrekkelijk voor de patiënten, de huisartsen en hun praktijkmedewerkers?

Dit zijn landelijke thema's die zeker ook gelden voor het Friese zorglandschap; hier liggen de cijfers van vergrijzing en multi-morbiditeit relatief hoger. De Friese burger wil daarbij bij voorkeur zijn zorg in de eigen woonomgeving ontvangen.

Het vestigingsklimaat voor nieuwe huisartsen en hun medewerkers blijft ook nog eens achter bij landelijk, de groei van het aantal huisartsenpraktijken stagneert. Dit alles verhoogt de vraag naar 1^e lijn zorg waar de huisarts het eerste aanspreekpunt en regisseur is.

Al deze aspecten hebben zeker ook betekenis voor de programmatische aanpak van de chronische (keten)zorg. Het is evident dat ketenzorgprogramma's regelmatig moeten worden aangepast aan de veranderende behoeften van patiënten en de ontwikkelingen in de zorg. Er is nu bijvoorbeeld

behoefte aan meer ruimte voor het 'goede gesprek' tussen patiënt en huisarts/POH. Professionele deskundigheid en ervaringsdeskundigheid komen hiermee in toenemende mate bij elkaar. Dit vertaalt zich ook in de (verbreding van) de medisch generalistische blik als kernwaarde van het huisartsenvak.

Alhoewel er landelijk voorbeelden zijn van aanpassingen en doorontwikkeling van de ketens en we van deze landelijke voorbeelden kunnen leren, hebben wij als Friese zorggroepen geen behoefte aan - en zien wij geen meerwaarde in een landelijke blauwdruk en/of dwingende kaders.

Wij willen als zorggroepen vanuit de gerealiseerde ketenzorg en met de inzichten van het Friese regiobeeld, deze vernieuwde zorg/patiëntenpaden voor onze chronische populatie in de huisartsenpraktijk vorm geven. Daarbij mag benoemd worden dat in onze huidige ketenzorg de nodige ontwikkeling inmiddels heeft plaatsgevonden. Denk hierbij aan aandacht voor doelmatigheid, digitalisering, persoonsgerichtheid en leefstijl. Dit laat onverlet dat verder doorontwikkeling noodzakelijk is.

Huidige situatie

Momenteel is er in de afspraken met de zorgverzekeraar, nog sprake van de klassieke ketenindeling met focus op de ziekte/diagnose specifieke aspecten.

Er wordt in de zorgprogramma's, die zijn gebaseerd op de geldende NHG richtlijnen en standaarden, strikt genomen zorg beschreven voor de gemiddelde patiënt met een enkelvoudige (chronische) ziekte.

Doordat een deel van de huidige ketenpopulatie meervoudige problematiek heeft, besteedt de huisarts en POH nu al extra zorg in de ketenconsulten. Daarnaast is er steeds vaker sprake van overlap en doublures tussen met name de DM2 en de CVRM keten en de astma/COPD keten. Er is toenemende aandacht voor risicostratificatie en (secundaire) preventie in alle ketens. Dit in combinatie met de al ontstane substitutie van 2^e naar 1^e lijn, maakt dat de huidige ketens worden opgerekt zonder dat daar de benodigde tijd en financiële kaders voor zijn geschapen. Verdere rek is nu niet mogelijk.

Ook zie je dat er druk komt op met name de POH-S functie. De focus van deze medewerkers verbreedt zich van ziekte specifiek naar generiek en persoonsgericht. Dit vraagt om (door)ontwikkelen in competenties, kennis en vaardigheden.

Gewenste situatie

Voor een groot deel van de patiënten met één ziekte specifieke aandoening is deze vorm van zorg toereikend, soms zelfs meer dan toereikend. Voor de complexere patiënt met co/multi-morbiditeit en (leeftijd gerelateerde) kwetsbaarheid is een ander en wellicht intensiever zorgaanbod wenselijk. Hier kan je ook denken aan het betrekken van derden met specifieke kennis en kunde. Bij de relatief simpele zorg kan je ook denken aan het in meer of mindere mate 'outsourcen' van gestandaardiseerde (deel)activiteiten. Voor de lage zorgzwaarte is er vanuit doelmatigheid en behoefte van de patiënt wellicht ook meer ruimte nodig voor vormen van zelfzorg/zorg op afstand.

Als Friese zorggroepen willen wij vanuit de volgende doelstellingen en uitgangspunten vorm geven aan de transitie van de ketenzorg:

1. Behouden van de goede dingen die ketenzorg landelijk maar zeker ook in Friesland heeft gebracht.
2. Verder ontwikkelen van persoonsgerichte zorg, daarbij beter aansluiten op de individuele behoeftes, wensen en mogelijkheden van de patiënt¹. Hierbij ook de actieve participatie van de patiënt bevorderen en ondersteunen.

¹ *Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een chronische ziekte. Kern van persoonsgerichte zorg is dat je als zorgverlener iemand niet als patiënt maar als mens benadert. Bij de behandeling staan*

3. Verbreding naar en integratie met andere chronische aandoeningen en (leeftijd gerelateerde) kwetsbaarheid. Hierbij denken we niet aan uitbreiding met nieuwe ketens, maar aan een nog uit te werken vorm van integratie "Generiek als het kan, specifiek als het moet".
4. Indeling op zorgzwaarte en (medische/ fysiologische) zorgbehoefte.
5. Aandacht voor doelmatigheid in de zorgpaden en daarmee overbodige zorg en administratieve lasten minimaliseren.
6. Vergroten gezondheidsvaardigheden en meer regie naar de patiënt en evt. mantelzorger.
7. Meer inzet van risico-stratificatie en preventie in de zorgprogramma's.
8. Toekomstbestendig organiseren en inrichten:
 - a. Financieel
 - b. Personeel
 - c. Kwaliteit
9. Juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon (op het juiste moment); heldere zorgafspraken zoals wisselprotocollen met ketenpartners uit 1^e lijn, 2^e lijn, VVT instellingen en sociaal domein. De continuïteit en doelmatigheid van zorg voor chronische patiënten vraagt specifiek om transmurale samenwerking en uitbreiding van de competenties van bijvoorbeeld POH en andere ketenpartners in het zorgnetwerk.

Een gedetailleerd plan moet nog nader worden uitgewerkt maar een aantal kaders zijn nu al te benoemen:

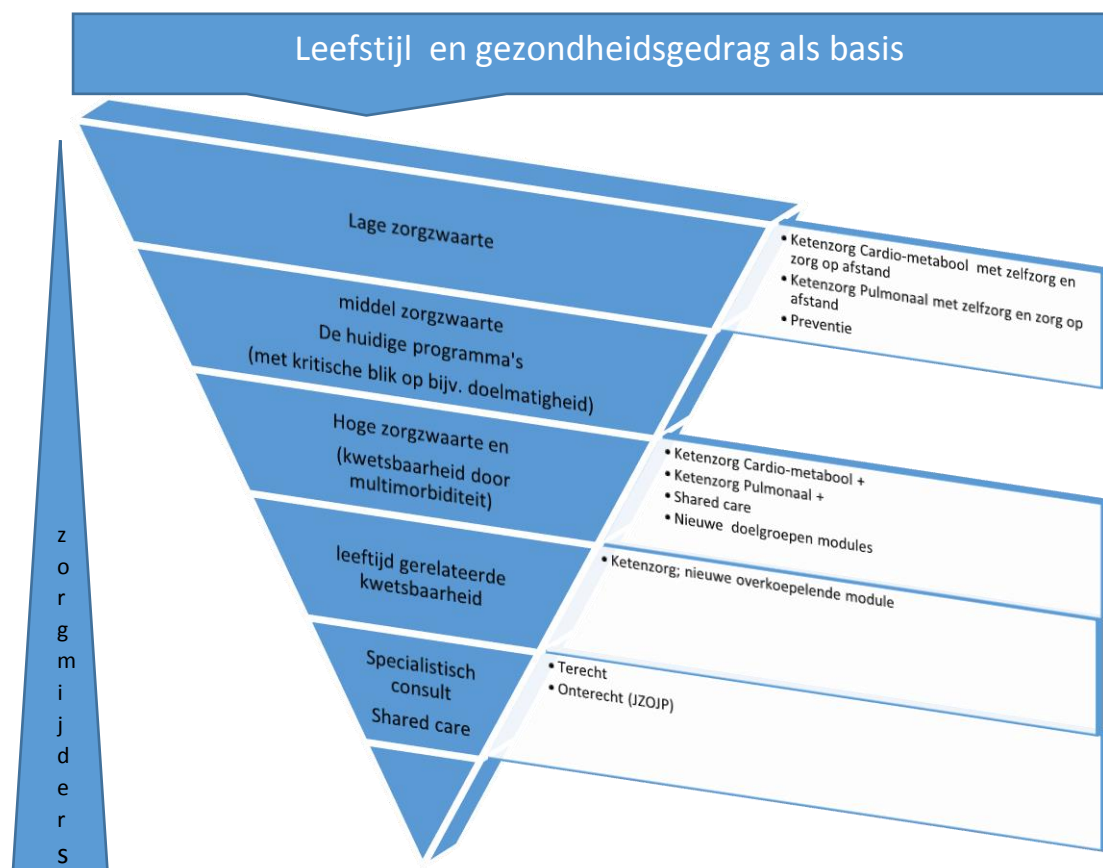
1. De zorggroepen conformeren zich aan samen overeen gekomen synchronisatie van de ketens waarbij kwaliteit op maat en integraal ² wordt nagestreefd. Daarbij wordt gekeken naar gezamenlijke scholing (eisen) en kwaliteitscriteria. Er is vanzelfsprekend wel ruimte voor de sub-regionale 'couleur locale' in focus en vormgeving.
2. Behouden van huidige doelgroepen en komen tot 2 grote ketens cardio-metabool en pulmonaal waarbij de generieke (leefstijl) aspecten de basis vormen.
 - 2.a in deze ketens wordt er onderscheid gemaakt in zorgzwaarte
 - 2.b is preventie onderdeel van de ketenzorg
3. Als oplegger(+module) wordt op de bovengenoemde ketenzorg voor de groep met leeftijd gerelateerde kwetsbaarheid c.q. beperkingen en kwetsbaarheid in het geheel functioneren, een apart (Fries) protocol van zorg beschreven met (netwerk)zorg op maat. De coördinatie van de organisatie en uitvoering wordt door de zorggroepen vormgegeven. Elke huisartspraktijk kan hier gebruik van maken.
4. Op termijn: ontwikkelen van nieuwe Friese zorgmodules/opleggers als aanvulling op de basisketenzorg om de multi-morbiditeit op te vangen. Denk aan diagnose specifieke zorgopleggers binnen het basis zorgprogramma zoals bijvoorbeeld AF, hartfalen, osteoporose, dementie e.d. Maar ook aan ziekte overstijgende modules zoals preventie, zelfredzaamheid, lichamelijke klachten zoals moeheid en samenwerking patiënt/ zorgverlening in het individueel zorgplan, etc.
5. Samen met opleidingsinstituten en scholingsuitvoerders wordt een scholingsplan gerealiseerd voor de generalistische POH. Daarnaast wordt een (vervolg) scholingstraject persoonsgerichte zorg uitgerold voor de huisarts en het multidisciplinaire team, dat is gebaseerd op het concept van positieve gezondheid.
6. Evaluatie van rollen en taken van de huisarts en POH in de verschillende zorgzwaarte indeling.

niet de ziektes centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met de aandoening omgaat (definitie Vilans).

² In samenhang vormgeven van preventie, zorg en welzijn om gezondheid en kwaliteit van zorg te verbeteren en groei in kosten te verminderen (Bron RIVM)

7. Kennis en kunde van expertgroepen en kaderartsen en medisch specialisten worden in het Friese samengebracht en benut voor een Friesland brede expertgroep chronische zorg en kwetsbare ouderen.
8. Patiëntenparticipatie in verdere doorontwikkeling en in ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden/samen beslissen/het goede gesprek, etc.
9. Inrichten adequate digitale ondersteuning voor zorg op afstand c.q. zelfzorg.

Modelmatig schets:



Succesfactoren:

Om met elkaar deze transitie daadwerkelijk tot stand te kunnen brengen zijn er een aantal kritische succesfactoren te benoemen:

- Draagvlak bij de huisartsen voor deze transitie.
- Optimale afstemming met FHV, coöperaties en andere betrokkenen, omdat deze transitie de grenzen van de huidige S2 indeling passeert en inspeelt op de brede geformuleerde doelstelling voor de huisartsenzorg DF/ZK en de branche organisaties:
 - A. Meer zorg op afstand
 - B. Andere organisatie van huisartsenzorg
 - C. Meer persoonsgerichte zorg
 - D. Efficiëntere praktijkvoering, met evt. outsourcing

Daarbij hoort ook aandacht voor het vertalen van de Friesland brede visieontwikkeling van DF/ZK en FHV naar de programmatische zorg.

- De nieuwe zorgafspraken geven voldoening voor de zorguitvoerders en zijn opgezet vanuit de huidige inhoudelijke kwaliteitscriteria van de ketenzorg én het nieuwe kwaliteitsbeleid van onze koepelorganisatie InEen.
- Voor de nieuwe zorg wordt een Fries plan opgesteld met daarin gezamenlijk bepaalde KPI's die passen bij de regionale situatie.
- De transitie moet resulteren in een programma dat doelmatigheid en indien mogelijk tijdswinst beoogd. Structureel gevraagde uitbreiding van tijdinzet van de huisarts is niet realiseerbaar in de huidige en (naar verwachting) toekomstige arbeidsmarkt. We willen nadenken over vormen van substitutie binnen de huisartsenpraktijk en indien mogelijk met andere 1^e lijn zorgverleners.
- Er worden lange termijn afspraken gemaakt (3-5 jaar).

Van de zorgverzekeraar vragen wij:

1. Vooraf vastgestelde samenwerkingsafspraken c.q. spelregels, (proces)uitkomsten.
2. Financiële kaders (incl. O&I, HLA etc.) voor de transitie en een afgesproken tijdpad. Dit alles specifiek passend op de Friese situatie en mogelijkheden
3. Lange termijn visie op de chronische huisartsenzorg.
4. Inzet van kennis en kunde (zowel inhoudelijk als gericht op financieringsstructuur) van de zorgverzekeraar.
5. Het (financieel) faciliteren van de procesondersteuning.
6. Inzicht in de eisen en de consequenties voor de zorggroepen van de voorgenomen contractering via een centrale regio-organisatie.

Bronnen:

- Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen, InEen Utrecht, versie 16 april 2020.
- Kwaliteitsbeleid op maat; Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg InEen, LHV en NHG, 2019.
- Webinar Ketenzorg Ontketend, InEen, december 2020.
- Gootzen en Bonte, Het rendement van ketenzorg, Medisch contact , 27 januari 2010
- J.N. Struijs et al, Drie jaar Integrale bekostiging van ketenzorg, effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg, RIVM, 2012.
- A Romeijnders et al, Regionaal maatwerk in de ketenzorg voor astma en COPD, Huisarts & Wetenschap, , januari 2021.
- Berghout LM, Van Bruggen JAR, Kerksen A. Betrokkenheid huisartsen bij diabeteszorg in de regio Apeldoorn. Huisarts Wetenschap, januari 2021.
- Robert T.A. Willemsen, Integrale zorg; een noodzakelijk goed, NTvG, mei 2020
- Kernwaarden van de huisartsenzorg, NHG InEen, LHV, HRMO, VPH, LOVAH, IOH, LHOV, januari 2019.
- Inkoopbeleid 2021: Toekomstbestendige huisartsenzorg
- Versie 1.0 | 13 augustus 2020.
- The TripleAim: Care, Health and Cost, Health Affairs, Berwick, Nolan and Whittington, 2008
- Taskforce rapport JZJP.
- Positieve gezondheid; heroverweeg uw opvatting van het Begrip "gezondheid, Nederlands tijdschrift v Geneeskunde, M. Huber et al., 2016.
- Website IPH. nl.
- Infographic 1. Persoonsgerichte zorg, InEen, NHG en Zelfzorg ondersteunend.
- Presentatie Longzorg Nijkerk, Gezondheidscentra Nijkerk, januari 2020.

Heerenveen, 24-02-2021