

Slimmer met Zorg



Slimmer met Zorg

Regio Eindhoven 2013 – 2018

samenvatting

1 & 2





Meer gezondheid voor minder kosten door populatie-gebonden zorgafspraken Eindhoven



Voorwoord

Slimmer met Zorg

Hoe kunnen we met al onze kennis over zorg en gezondheid de kwaliteit van leven in Eindhoven goed houden en zonodig verbeteren? Patiënten en verzekerden, zorgverleners en verzekeraars willen met een intensieve samenwerking de gezondheidszorg betaalbaar houden en beter afstemmen op de zorgvragen van de inwoners van Eindhoven.

Het gaat niet langer om 'recht op zorg' of 'kortingen op tarieven' of om 'beschikbare bedden'. Het gaat in Slimmer met Zorg om 'samenwerken' en 'zorg op maat' en 'kwaliteit van leven'. Niet langer wantrouwen en ruzie om de kosten, maar vertrouwen, transparantie en inspanningen om gezamenlijk het gezondheidszorgsysteem toegankelijk te houden.

Om dat te bereiken werken patiënten, huisartsen, verpleegkundigen en verzekeraars intensief samen in allerhande werkgroepen. Door kortdurende gezamenlijke inspanningen veranderen we de huidige gewoontes en introduceren we nieuw gedrag. Hoe we dat doen staat uitgewerkt in een uitgebreid werkplan.

Wat er hier voor u ligt is een samenvatting van de algemene notitie die is verschenen (deel 1) en van dat werkplan (deel 2). De samenvatting is geschreven voor zorgverleners, maar iedereen is welkom hem te lezen.

We zullen u jaarlijks op de hoogte houden van de voortgang. En mocht u tips hebben? We houden ons aanbevolen.

De Coalitie Slimmer met Zorg

Niels van Elderen, PoZoB

Wiro Gruisen, CZ

Maarten Klomp, DOH

Arnold Romeijnders, PoZoB

Cock Vermolen, Zorgbelang

Jan Erik de Wildt, DOH

Johan van Zeelst, VGZ

Inhoud

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1. Inleiding | 6 |
| 2. De kracht van de regio Eindhoven | 7 |
| 3. De pijlers van "Slimmer met Zorg" | 8 |
| 4. Randvoorwaarden | 12 |
| 5. De zorgprojecten | 15 |
| 6. Communicatie | 23 |

1. Inleiding

1.1. De gezondheidszorg wordt te duur

Onze gezondheidszorg wordt te duur. Een snel toenemend percentage van de verzekeren klaagt over de hoogte van de premie. En met de betaalbaarheid van ons zorgstelsel komt ook de toegankelijkheid van de zorg in het geding. Nederland staat daarin niet alleen, ook in de ons omringende landen is dit aan de orde. Er is een algemene notie dat de groei in de zorgkosten omgebogen dient te worden.

Voor deze kostenstijging zijn meerdere oorzaken aan te wijzen, zoals de vergrijzing, toename van de technologische mogelijkheden en het consumentisme in de zorg. Maar een van de belangrijkste oorzaken is de 'gerichtheid van de economische prikkel'. De economische prikkel (lees: NZa-vergoedingen systematiek) stimuleert het leveren van meer productie in plaats van gezondheidsbevordering tegen acceptabele kosten. Er is er meer focus op ziekte en zorg dan op gezondheid en gedrag. Dat werkt onmiskenbaar kostenstijging in de hand.

Recent toegepaste strategieën om de uitgaven in de zorg te verminderen zijn het jaarlijks korten van vergoedingen, budgetten, pakketmaatregelen of het verhogen van de eigen bijdragen. De effecten van deze maatregelen zijn doorgaans onbevredigend. Ze veroorzaken spanningen tussen verzekeraars, zorgverleners en overheid. Ondertussen komen er uit het veld alternatieve voorstellen om de kosten te beteugelen. Deze alternatieven zijn soms gebaseerd op experimenten in het buitenland of op theoretische concepten en soms op kleinschalige innovaties in Nederland. Deze alternatieven zijn vaker lange termijn strategieën en ze richten zich doorgaans ook op verbetering van de zorg en op samenwerking tussen belanghebbenden in een bepaalde regio.

1.2. Experimenten

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in haar brief van 7 februari 2012 aangegeven dat ze regionale experimenten mogelijk wil maken waarin kostenbeheersing wordt nagestreefd met behoud van kwaliteit en klanttevredenheid. Het gaat dan om experimenten met alternatieve vormen van bekostiging in combinatie met versterking van zorg in de eerste lijn. Hiertoe had zij al eerder opgeroepen in haar brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt'. De gedachte achter deze experimenten is dat de introductie

van andere financiële prikkels en het herdefiniëren van verantwoordelijkheden bij zorgverleners, verzekeraars en patiënten de groei in de zorguitgaven kan ombuigen.

1.3. "Slimmer met zorg"

De zorggroepen PoZoB, DOH en zorgverzekeraars CZ en VGZ, hebben de handschoenen opgepakt en willen in de regio Eindhoven gezamenlijk zo'n experiment uitvoeren. Daartoe hebben zij zich verbonden in de Coalitie "Slimmer met Zorg". Doel van het Eindhovense experiment is bevordering van de gezondheid van de bevolking tegen lagere kosten. De Coalitie, maar ook veel andere zorgverleners, zorginstellingen en patiëntenorganisaties in de regio Eindhoven hebben een sterk besef dat het noodzakelijk én mogelijk is om dit te realiseren. Dat vraagt om een hechte samenwerking tussen alle daarbij betrokken partijen. Een alternatief bekostigings- en beloningsmodel maakt deel uit van het experiment en moet leiden tot de juiste prikkels om de noodzakelijke veranderingen door te voeren. In "Slimmer met Zorg" staan de begrippen "zinnige en zuinige zorg", "zorg op maat" en "ontzorgen" centraal.

2. De kracht van de regio Eindhoven

2.1. Regionale zorgaanbieders

In de regio Eindhoven zijn tal van voorwaarden aanwezig om van een dergelijk zorgexperiment een succes te maken. De regio heeft een uitstekende reputatie als het gaat om de kwaliteit en de organisatiegraad van de huisartsenzorg. Daarnaast is er ook een goede samenwerking tussen de huisartsen en de vier ziekenhuizen. Elk van de ziekenhuizen heeft met de adherente huisartsen een transmurale platform opgericht, waarbinnen inmiddels al 18 zgn. regionale transmurale afspraken zijn gemaakt. Ook beschikt de regio al over drie geïntegreerde spoedposten (HAP-SEH).

Er is een krachtig eerstelijns Diagnostisch Centrum (Diagnostiek4U), dat een breed aanbod aan diagnostische onderzoeken aanbiedt aan huisartsen, zo nodig gecombineerd met een specialistisch advies. De regio kent met Zorgdomein een digitaal verwijsnetwerk waarop alle huisartsen, ziekenhuizen, Diagnostiek4U en de GGZ Eindhoven zijn aangesloten. Meetpunt Kwaliteit is een gerenommeerd regionaal datacentrum dat gegevens over eerstelijnszorg verzamelt en verwerkt tot rapportages voor het kwaliteitsbeleid. Over de regio Zuid Oost Brabant is een recente regionale VTV beschikbaar.

2.2. Brainport

Op initiatief van Brainport, de gemeente Eindhoven en de SRE (Samenwerkingsverband Regio Eindhoven), hebben onlangs alle regionale partijen die actief zijn op het gebied van Zorg, Wonen en Welzijn, inclusief het bedrijfsleven, zich georganiseerd in een coöperatie onder de naam "Slimmer leven 2020". Daarbij worden nadrukkelijk ook technologische innovaties ingezet voor het bereiken van de doelen uit de drie programmalijnen: zelfredzaamheid, preventie en gezondheidsbevordering en geïntegreerde zorg (cure en care).

2.3. Zorggroepen en zorgverzekeraars.

De regio kent vier zorggroepen, waarbij PoZoB en DOH gelden als landelijke koplopers. Zij hebben inmiddels ketenzorgprogramma's gecontracteerd over Diabetes, Astma, COPD, CVRM en GGZ. Daar komt binnenkort de zorg voor kwetsbare ouderen bij. Hier toe is al een regionaal samenwerkingsmodel overeengekomen met alle betrokken zorginstellingen en zorgverleners (Kompleet). Daarnaast doen beide zorggroepen zorgvernieuwingprojecten en wetenschappelijke onderzoeken over tal van thema's, waaronder over preventie, zelfmanagement en multimorbiditeit. De eerstelijns ketenpartners van DOH en PoZoB (fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen, apothekers) zijn regionaal ook in zorggroepen georganiseerd, wat de gezamenlijke slagkracht aanmerkelijk vergroot. De relatie tussen van PoZoB en DOH met zorgverzekeraars VGZ en CZ stijgt uit boven de contracteerrelatie en kan worden getypeerd als co-makership ten aanzien van zorgvernieuwing. De zorgverzekeraars VGZ en CZ investeren al meer dan 5 jaar in eerste lijns zorg en meer specifiek in PoZoB en DOH. Een voorbeeld is het transparantieproject waarin een database is gebouwd om de mogelijkheden van gedifferentieerde beloning te onderzoeken. CZ en VGZ hebben een marktaandeel van 90% in de regio. Daarmee is een stevig fundament beschikbaar om dit zorgvernieuwingproject Slimmer met Zorg aan te gaan.

3. De pijlers van "Slimmer met Zorg"

Het Eindhovense regio-experiment is gebouwd op een vijftal pijlers: samenwerking, versterking van de eerstelijns, zorg op maat, ontzorgen en de nieuwe economische prikkel. Deze pijlers worden hieronder kort toegelicht.

3.1. Samenwerking.

"Slimmer met Zorg" wil een antwoord geven op de in de inleiding geschetste uitdaging: gezondheidsbevordering tegen lagere kosten. De Coalitie van PoZoB, DOH, CZ en VGZ is initiatiefnemer van het experiment, maar het is nadrukkelijk de bedoeling dat het hele veld van zorg en welzijn gaat participeren. Het experiment is gebaseerd op de begrippen "zinnig en zuinig", "zorg op maat" en "ontzorgen". Dat vraagt om een sterke eerste lijn, met daarbinnen optimaal samenwerkende zorgpartners. Samen moeten zij de mogelijkheden van zorg in de buurt vergroten. Nog crucialer bij het bereiken van de doelstellingen in "Slimmer met Zorg" is de samenwerking tussen eerste en tweede lijns partijen, waarbij er ruimte moet ontstaan voor vernieuwende samenwerkingsvormen. Het adagium daarbij is ontschotten van de huidige zorgstructuur om zodoende zorg op maat te kunnen bieden: eenvoudig als het kan, complex als het moet. Tenslotte zijn in het experiment ook nieuwe samenwerkingsinitiatieven noodzakelijk tussen de zorgsector en lokale en regionale overheden, GGD en Welzijnswerk, die verantwoordelijk zijn voor uitvoering van de WMO. Vooral op de terreinen zelfmanagement, het verbinden van zorg en welzijn, en preventie liggen hier grote kansen.

De samenwerking met alle stakeholders in de regio rond het concept "Slimmer met Zorg" is zichtbaar gemaakt in onderstaande figuur.

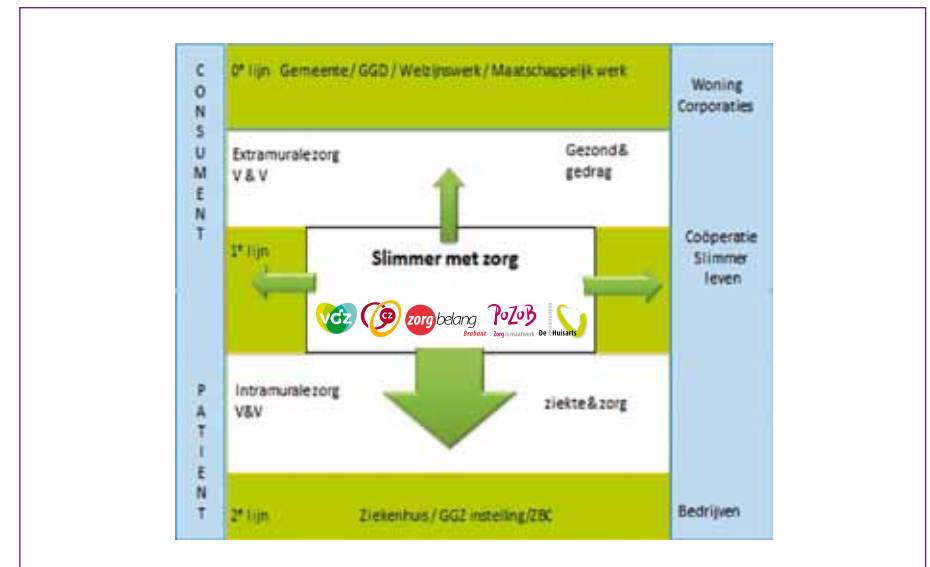


fig. 1 Model voor verdere samenwerking in Eindhoven volgens het concept Slimmer met Zorg

3.2. Versterking van de eerste lijn

Eerstelijns zorgverleners hebben een cruciale rol in ons zorgstelsel met taken als geruuststellen, diagnosticeren, informeren, begeleiden, behandelen en doorverwijzen van mensen met (dreigende) gezondheidsklachten. Zij organiseren integrale zorg rond de patiënt en de huisarts is de dossierhouder voor de patiënt.

De eerste lijns zorgverleners verrichten hun taak voor een relatief klein deel van het totale zorgbudget. Maar zij hebben door hun centrale positie en door de vertrouwensrelatie met hun patiënten een grote invloed op de route van de patiënt door de gezondheidszorg en daarmee ook op de kwaliteit en kosten die dit met zich mee brengt.

De Coalitie “Slimmer met Zorg” wil daarom in het experiment de rol van de eerste lijn nog verder versterken, de gids- en verwijfs-functie nog nadrukkelijker gebruiken, substitutie vanuit de tweede lijn waar mogelijk bevorderen, en vanuit de eerstelijns het zelfmanagement en de zelfredzaamheid van patiënten en burgers bevorderen. E-health gaat daarin een belangrijke rol spelen.

3.3. Zorg op maat: substitutie

Substitutie is een belangrijk speerpunt in het experiment. Het adagium is: in de eerste lijn als het kan, in de tweede lijn als het moet. Om dat mogelijk te maken en tegelijk de kwaliteit van zorg te bewaken wil de Coalitie “Slimmer met Zorg” graag dat medisch specialisten veel meer meedenken met de eerste lijn, daar de zorg helpen verbeteren, daarin zelf ook participeren, en deze zorg dicht bij huis zodoende voor meer mensen mogelijk maken. De inzet van medisch specialistische expertise wordt daarmee onderdeel van eerstelijns zorgprogramma's, de zgn. eerstelijns plus. Dat heeft de voorkeur boven het automatisch verwijzen van patiënten naar de veel duurdere tweede lijn, waar integrale zorg bovendien moeilijker te realiseren is.

“Slimmer met Zorg” bepleit daarnaast ook substitutie op tal van andere terreinen, zoals van huisarts naar wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner of assistente en bijv. ook van psycholoog naar praktijkondersteuner GGZ.

3.4. Ontzorgen: focus op zelfmanagement

Ontzorgen wordt een ander speerpunt binnen het regio-experiment. Doel is om mensen te stimuleren om vaker zonder of met minder

hulp van professionele zorgverleners antwoorden op hun vragen te zoeken of hun ziekte (mee) te managen. Zorgverleners zullen worden getraind om minder automatisch de zorg over te nemen, maar vaker een beroep te doen op het zelf-oplossend vermogen van de patiënt. Dat is ook van belang vanwege de dreiging van een tekort aan arbeidskrachten. Dit streven naar zelfmanagement sluit heel goed aan bij de ambities van gemeenten (WMO), GGD (preventie) en patiëntenorganisaties (patiëntempowerment).

E-health en domotica kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het verder ontwikkelen van zelfmanagement. De regio Eindhoven, onlangs uitgeroepen tot “slimste regio van de wereld”, en Brainport vormen een prima omgeving om dit thema met kracht ter hand te nemen.

3.5. De nieuwe economische prikkel: shared savings

Binnen de Coalitie worden afspraken gemaakt over het starten van zorgprojecten die de doelen van “Slimmer met Zorg” helpen realiseren, en over ieders rol daarin. Vaak zullen deze projecten gevolgen hebben voor het reguliere contracteerbeleid van de zorgverzekeraar.

Daarenboven worden er afspraken gemaakt over een nieuwe financiële prikkel die gericht is op het ombuigen van de ‘totale zorgkosten’ van de bij PoZoB en DOH ingeschreven verzekerden van CZ en VGZ. Bij de start van het experiment worden de totale zorgkosten van de populatie gedefinieerd als: alle kosten van de basisverzekering. De kosten uit de aanvullende polis en de kosten van AWBZ en WMO blijven in dit stadium nog buiten beschouwing.

Als deze ‘totale zorgkosten’ binnen het experiment kunnen worden omgebogen dan ontvangen zowel de verzekerden, als de verzekeraars en de zorgverleners elk een derde deel van de besparingen. Elk van de partijen kan deze gelden al dan niet via speciaal op te richten fondsen aanwenden voor nader te definiëren doelen zoals: voordelen voor de betrokken verzekerden, nieuwe zorginnovaties, compensatie van investeringen, of bonusuitkeringen aan zorgverleners.

Dit zogenaamde shared savingscontract is mede gebaseerd op de overtuiging dat vooral huisartsen, maar ook andere zorgverleners een grote invloed hebben op de gang van de patiënt door het zorgveld en dat zij met extra inspanningen in staat zijn om in overleg met hun patiënten de juiste zorg op de juiste plaats te organiseren

en onnodige zorgkosten te vermijden ("Slimmer met Zorg"). Voorwaarde voor uitkering van de shared savings is dat de kwaliteit van zorg niet achteruit gaat.

4. Randvoorwaarden

4.1. Intentieverklaring en contract

De vier deelnemende partijen in de Coalitie "Slimmer met Zorg" hebben in maart 2012 een intentieverklaring getekend waarin zij hun gezamenlijke ambitie hebben verwoord om de groei in zorgkosten om te buigen door middel van zinnige en zuinige zorg, zorg op maat en ontzorgen (bijlage ...).

In de komende maanden zullen de afspraken over kwaliteit, methoden en technieken voor shared savings worden uitgewerkt in een contract.

4.2. Omvang en looptijd van het experiment

Het experiment "Slimmer met Zorg" betreft in eerste instantie de verzekerden van CZ en VGZ die ingeschreven staan bij DOH en PoZoB in de adherentie van de ziekenhuizen in Eindhoven, Veldhoven en Geldrop. Dit zijn ongeveer 300.000 verzekerden. Uitbreiding behoort in de toekomst tot de mogelijkheden. Het experiment heeft in eerste instantie betrekking op de zorg uit de basisverzekering. In het vervolg zal worden gezien of AWBZ zorg en WMO zorg, zorg uit de aanvullende verzekering en welzijn toegevoegd gaan worden. Het project kent een doorlooptijd van 5 jaar, te weten van 1 januari 2013 tot 1 januari 2018. Feitelijk kent het project een vliegende start, omdat wordt aangesloten op reeds lopende zorgprogramma's en ontwikkelingen en niet "gewacht" wordt op de formele start. Daarnaast zullen ook in 2012 al nieuwe deelprojecten worden opgestart.

Omdat de kostenontwikkelingen, kwaliteitsontwikkelingen en zorginnovaties een rol spelen bij de bepaling van het eerste contract voor 2013 wordt in de nulmeting teruggekeken naar de kostenontwikkelingen vanaf 2008.

4.3. Experimentstatus

Veel van de activiteiten in "Slimmer met Zorg" raken de randen van het huidige gezondheidszorgsysteem en gaan daar mogelijk overheen. De activiteiten zullen zorgvuldig getoetst worden aan de wettelijke- en technische randvoorwaarden, zoals de huidige financie-

riings- en bekostigingssystematiek van VWS en de NZa, de huidige rechtmatigheidsregels van CvZ, inclusief de verzekerdenrechten die voortvloeien uit de polisvoorwaarden, de huidige mededingingssysteematiek betreffende concurrentie, samenwerking en keuzevrijheid van verzekerden.

Er zijn binnen de bestaande regelgeving al vele mogelijkheden om te innoveren in de zorg en in de bekostiging van de zorg. Bij VWS zal desalnietemin worden bepleit om "Slimmer met Zorg" de status van 'experiment' conform artikel 57/58 in de WMG te verlenen.

4.4. Macrobudget

Partijen onderkennen dat deelprojecten uit het experiment kunnen leiden tot meerkosten in de eerstelijns. Zij willen de garantie van VWS dat deze meerkosten niet ten laste komen van het macrokader huisartsenzorg en zo tot kortingen leiden vanwege overschrijding van dit macrokader.

4.5. Data infrastructuur

Om de effecten van Slimmer met Zorg te kunnen monitoren wordt de huidige data infrastructuur verder geprofessionaliseerd. Vanwege de complexiteit van het benodigde datamanagement, de behoefte aan bescherming van de persoonsgegevens en aan een onafhankelijke verificatie van gegevens (kwaliteit, kosten en klanttevredenheid) worden daarbij een TTP (trusted third party) en een universitair onderzoeksinstituut ingeschakeld.

4.6. Monitoring kwaliteit

In het contract zullen afspraken worden opgenomen over het meten van de kwaliteit van zorg. Het gaat dan in eerste instantie om de gangbare proces- en uitkomstindicatoren uit de zorgprogramma's. Daarnaast worden nader vast te stellen indicatoren over klantervaringen en kwaliteit van leven opgenomen. In de loop van het project zullen waar mogelijk indicatoren geïntroduceerd worden die daadwerkelijke gezondheidswinst meten.

4.7. Organisatievorm

Partijen kiezen in deze fase voor een Coalitie model. Dit wordt geformaliseerd door het strategisch convenant, de intentieverklaring, het shared savingscontract, een werkplan en een projectstructuur om in te spelen op voortschrijdende inzichten. Partijen verbinden zich hiermee tot een gezamenlijk opdrachtgeverschap en

laten daarbij de bestaande rechtspersonen en structuren intact. Er zal een gezamenlijke projectleider worden aangesteld. Een deel van de projecten vindt plaats vanuit de bestaande organisaties (DOH, PoZoB, CZ en VGZ). Voor een ander deel van de projecten worden aparte projectleiders aangesteld. Het coalitiemodel biedt de mogelijkheid tot nieuwe toetreders. Alle mogelijkheden voor doorontwikkeling naar andere organisatievormen, zoals een managed care organisatie of een Duurzame Gezondheids Organisatie worden opengelaten.

5. De zorgprojecten

Binnen “Slimmer met Zorg” zijn vele interventies en innovaties denkbaar om de doelen –betere gezondheid tegen lagere kosten- te helpen realiseren. Alle partijen werkzaam binnen de sectoren zorg en welzijn kunnen daarin een rol spelen. Samenwerking tussen die partijen is daarbij essentieel. Voor de eerste fase hebben de initiatiefnemers PoZoB, DOH, VGZ en CZ een aantal projecten gedefinieerd. Deze projecten zitten vooral op de zorgthema’s waarop beide zorggroepen nu al actief zijn, zodat sneller resultaten kunnen worden geboekt. Gedurende de looptijd van “Slimmer met Zorg” kunnen door alle partijen nieuwe projecten worden ingebracht, mits die voldoen aan de criteria van “Slimmer met Zorg”. In de matrixtabel wordt aangegeven welke projectonderwerpen er nu zijn geïdentificeerd en op welke zorgthema’s deze betrekking hebben. Door middel van de verschillende blauwtinten wordt aangegeven met welke prioriteit de genoemde projecten ter hand zullen worden genomen. Hoe donkerder de kleur blauw hoe meer prioriteit. Spoedzorg is opgenomen omdat het in het kader van “Slimmer met Zorg” een uiterst relevant zorgthema is. Het wordt niet door de zorggroepen ondersteund maar door twee aparte organisaties (CHP en SHOKO). Oncologie en palliatieve zorg zijn twee zorgthema’s die PoZoB en DOH nu nog niet ondersteunen, maar waarvoor wel plannen bestaan voor de komende jaren. Hierna worden de geïdentificeerde projecten kort beschreven en van elk project wordt aangegeven of het gezondheidswinst beoogt of kostenreductie of beide. Bij de daadwerkelijke start van ‘Slimmer met Zorg’ zullen deze projecten nader worden uitgewerkt. Voor sommige projecten zal een globale begroting worden gemaakt van de te verwachten opbrengsten vanwege de consequenties voor inkoopbeleid van de zorgverzekeraars.

| | Kwaliteit | Zelfzorg E-health | Eerste lijn Plus | Substitutie | Farmacie | Preventie | Organisatie Zorg- structuur |
|------------------------------|-----------|----------------------|---------------------|-------------|----------|-----------|-----------------------------------|
| Diabetes | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Astma | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Astma bij kinderen | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| COPD | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| CVRM | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| GGZ | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Ouderen- zorg Dementie | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Spoedzorg | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Oncologie | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Palliatieve zorg | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

Tabel 1 Matrix van de projectonderwerpen en de zorgthema’s waarop deze van toepassing zijn. De gekozen projecten zijn geprioriteerd in de tijd. Hoe donkerder het hokje hoe hoger de prioriteit. Op basis van voortschrijdend inzicht kunnen gedurende het project Slimmer met Zorg, nieuwe deelprojecten worden toegevoegd.

5.1. Kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid

Bij de thema's waarop in het project wordt geïntervenieerd zal de zorgkwaliteit en de patiënttevredenheid periodiek worden gemeten, zowel op praktijk- als op zorggroepniveau. Die meting maakt onderdeel uit van de systematische kwaliteitscyclus die binnen elke zorgketen permanent wordt doorlopen. Daarmee wordt de zorg niet alleen gemonitord, maar waar mogelijk en nodig ook steeds verder verbeterd. PoZoB en DOH werken ook nu al met dergelijke kwaliteitscycli. Daarin worden voor de medische kwaliteit de landelijke indicatoren gebruikt. Ten aanzien van de patiënttevredenheid zullen DOH, PoZoB, CZ en VGZ samen afspraken maken over de in te zetten meetinstrumenten. Dit "project" is eigenlijk de corebusiness van de zorggroepen DOH en PoZoB en biedt voortdurend inzicht in de kwaliteit van zorg en de patiënttevredenheid.

5.2. Zelfzorg en E-health

Ontzorgen is een van de hoofddoelstellingen in "Slimmer met Zorg". Mensen zullen worden gestimuleerd om vaker zelf antwoorden te zoeken op hun gezondheidsvragen, oplossingen te bedenken voor hun gezondheidsproblemen en verantwoordelijkheid te nemen voor het management van hun chronische aandoening. Uiteraard worden zij daarbij waar nodig ondersteund en begeleid door hun zorgverleners. E-health gaat hier een belangrijke rol spelen. PoZoB en DOH praktijken hanteren voor elke patiënt met een chronische aandoening een individueel zorgplan, waarin zorgverlener en patiënt afspreken wat de patiënt zelf gaat doen om gezondheidswinst te behalen en hoe de zorgverlener daaraan zal bijdragen. Alle zorgverleners in de keten worden getraind om zelfmanagement te bevorderen. Er komt een triagetool om de kans van slagen van zelfmanagement bij de patiënt te beoordelen. Daarnaast introduceren DOH en PoZoB in 2012/2013 het patiëntenportal MGP (Mijn Gezondheids Portaal). Daarmee kan de patiënt inkijken in zijn dossier, maar ook gegevens toevoegen. Op het portal zijn ook E-health modules aangesloten, waarmee de patiënt zelf behandelprogramma's kan opstarten met of zonder coaching door een zorgverlener. Er zullen cursussen worden georganiseerd om patiënten hierin wegwijz te maken. Deze aanpak dient te leiden tot meer betrokkenheid en sturing op de zorgvraag van de patiënt en minder inzet van zorgverleners. Het deelproject start bij patiënten met diabetes, en wordt daarna uitgebreid naar de andere thema's. Het leidt tot meer zelfredzame patiënten en tot reductie van zorgkosten

in de eerste lijn. De verwachting is dat dit zal ook zal uitstralen op andere maatschappelijke terreinen.

5.3. Eerste lijn Plus

PoZoB en DOH willen de kwaliteit van de zorg in de ketens verbeteren door een intensievere samenwerking met de medisch specialisten. Nu gebeurt dat al met behulp van telefonische consultaties, E-mailconsultaties, casuïstiekbesprekingen en gezamenlijke jaarlijkse evaluaties van de zorgprogramma's. In het concept Eerste lijn Plus willen DOH en PoZoB ook de fysieke consultatie door de medisch specialist mogelijk maken. Dat is geïndiceerd als de behandeldoelen niet gehaald worden of bij andere vragen van het eerstelijns team. Deze consultatie (een of twee consulten) kan op locatie (evt ook een gezamenlijk consult*) of via een korte poliklinische loupe plaats vinden. De specialist geeft daarbij advies aan het eerstelijns team. De eerste pilots met deze consultatie zijn voorzien in 2012 (diabetes, astma, COPD, GGZ, ouderenzorg). Daarnaast wordt in 2012 voor de patiënten met CVRM ook de mogelijkheid van shared care geïntroduceerd, daar waar dat nog niet gebeurd was. Daarbij controleert bijv. de cardioloog een patiënt laag frequent voor zijn orgaanlijden, terwijl de huisartspraktijk gelijktijdig het vasculair risicomangement uitvoert. Een goed functionerende Eerste lijn Plus geeft kwaliteitswinst en schept aanvullende mogelijkheden voor substitutie.

5.4. Substitutie

Zorg op maat is een van de belangrijkste doelstellingen van het project. Substitutie is een middel om zorg op maat te bewerkstelligen. Substitutie van tweede naar eerste lijn is op meerdere terreinen mogelijk. Voorwaarde daarbij is dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Binnen dit thema is een aantal deelprojecten gedefinieerd:

> Verwijskaart.

Zelfverwijzingen en intern doorverwijzen komen steeds meer voor. Voor elke naar het ziekenhuis verwezen patiënt worden gemiddeld 3,5 DBC geopend. Daarom wordt de verwijskaart weer ingevoerd en worden de afspraken om intern doorverwijzen binnen het ziekenhuis te beperken tot noodzakelijke gevallen geïmplementeerd. De zorgverzekeraar gaat nadrukkelijk toezien op naleving van deze afspraken. Daarmee wordt voorkomen dat

mensen die adequaat in de eerste lijn behandeld kunnen worden naar de veel duurdere tweede lijn gaan. Door de huisarts weer in alle gevallen de verwijzer te laten zijn wordt bovendien gewaarborgd dat de specialist steeds beschikt over de relevante informatie van de patiënt die hij gaat behandelen. Dat voorkomt onnodige herhaling van al verricht onderzoek en bevordert zinnige en zuinige zorg. Met Zorgdomein heeft de regio de beschikking over een excellent en volledig geïmplementeerd systeem van digitale verwijzingen. Daarnaast is scholing van de tweede lijns zorgverlener essentieel: naar een nieuwe samenwerking vanuit een gedeelde visie.

> Themapoli's

Themapoli's of klachtenpoli's in ziekenhuizen (hoestpoli, vlekjespoli, mannenpoli) en hun brede publiekscampagnes daarover hebben -gewenst of ongewenst- een wervend effect op patiënten.

Deze poli's worden met schijn van drempelloze en directe toegankelijkheid voor de patiënt buiten het gewenste samenwerkingsmodel met de eerste lijn gepositioneerd. Dat leidt tot druk op de huisarts om te verwijzen, ook in situaties waarin het probleem heel goed in de eerste lijn kan worden behandeld. Het afschaffen van deze themapoli's neemt deze druk weg. Tegelijkertijd zal de huisartspraktijk krachtig worden geprofileerd als de plaats waar mensen met alle gezondheidsvragen terecht kunnen en waar 90% van de problemen ook afgehandeld kunnen worden.

> Substitutie in de ketenzorg

Door het introduceren van de Eerste lijn Plus kunnen meer patiënten met Diabetes, Astma, COPD of GGZ problematiek worden terugverwezen vanuit de tweede lijn naar de Eerste lijn plus. De medisch specialist blijft immers bij de zorg betrokken, hetzij middels een consult, hetzij door het eerstelijns team te adviseren over de behandeling. Eerstelijnszorg in tweede lijns DBC's, zoals bijv. CVRM zorg in de 2elijns GGZ DBC's, kan worden gestopt.

> Shared care

Voor de groep mensen voor wie laag frequente behandeling in de tweede lijn noodzakelijk blijft kan vaak een deel van de behandeling in de eerste lijn plaats vinden: shared care (bijv. cardiale pathologie en CVRM of ernstige COPD en exacerbaties).

> Spoedzorg, HAP-SHE

De Centrale Huisartsen Post Zuid Oost Brabant heeft met drie ziekenhuizen in de regio een geïntegreerde spoedpost opgezet, waarin zorg op maat is georganiseerd. Daardoor zijn op jaarbasis 20.000 consulten verschoven van medisch specialist naar huisarts. Een passende samenwerkingsvorm van SHOKO met het MMC kan leiden tot vergelijkbare substitutie.

> Pre-operatieve screening

Door een goede uitwisseling van gegevens tussen huisartspraktijk en ziekenhuis is een groot deel van de pre-operatieve screenings door de internist/cardioloog/longarts overbodig, zeker voor patiënten die al in een zorgprogramma zijn opgenomen. Daarnaast kan in voorkomende gevallen ook de huisarts een dergelijke pre-operatieve screening uitvoeren.

> 80+ ers

Veel 80+ers hebben multi morbiditeit. Daarnaast hebben zij doorgaans een toenemende oriëntatie op welzijn i.p.v. op medische zorg. In een deelproject wordt bij alle 80+ers onderzocht hoeveel 2e lijns DBC's er lopen en in welke gevallen de zorg kan worden overgenomen door het eerstelijns team. In de Eerste lijn Plus vindt zoals eerder vermeld zo nodig consultatie plaats vinden van orgaanspecialist of geriater.

Als duidelijk is op welke deelterreinen en in welke mate substitutie plaats zal vinden nemen de zorgverzekeraars dat mee in de contractbesprekingen met huisartsen en ziekenhuizen volgens het principe geld volgt zorg. Dat zal leiden tot aanzienlijke kostenbesparingen.

5.5. Farmaceutische zorgverlening

> Farmaceutische zorg in de keten

PoZoB en DOH zullen in de loop van 2012 de farmaceutische zorgverlening opnemen in de ketenDBC's. Het plan daarvoor borduurt voort op de resultaten van de Diabetesdialoog en bestaat uit drie onderdelen. Allereerst formulieren op het gebied van Diabetes, Astma, COPD en CVRM. Daarnaast een protocol voor de eerste en tweede uitgifte van geneesmiddelen in de apotheek om de concordantie te bevorderen. En tenslotte medicatiereviews tussen apotheker en huisarts voor patiënten met polyfarmacie. Er worden indicatoren ontwikkeld om de resultaten te meten. Dit gaat van start in 2012. In de jaren daarna

zullen ook formularia worden gemaakt over andere onderwerpen (GGZ, ouderenzorg) en zullen over de genoemde thema's transmurale formularia worden ontwikkeld samen met specialisten en ziekenhuisapothekers. Naast toevoegen van farmaceutische zorgverlening in de keten wordt ook een pilot gestart met toevoegen van geneesmiddelen in de keten.

> Medicatiecheck na ontslag uit het ziekenhuis.

Vooraf bij ouderen die meer geneesmiddelen gebruiken ontstaat na ontslag uit het ziekenhuis regelmatig verwarring over de juiste medicatie, met medicatiefouten als gevolg. Het ontbreekt vaak aan heldere en juiste medicatievoorlichting en aan afstemming tussen ZH apotheek en openbare apotheek, en tussen specialist en huisartspraktijk. De medicatiecheck door de openbare apotheker moet hieraan een eind maken en wordt breed geïmplementeerd. Deze maakt deel uit van het transferbeleid in het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen.

Samengevat: continue actuele- en heldere patiënteninformatie over het geneesmiddelengebruik bij heen- en terugverwijzing. Deze projecten farmaceutische zorgverlening leiden tot kwaliteitswinst en tot kostenbesparing door goedkopere prescriptie en verminderen van opnames door medicatiefouten (Harmstudie*)

5.6. Preventie

De Coalitie willen binnen "Slimmer met Zorg" preventie stimuleren vanuit de overtuiging dat preventie kan leiden tot gezondheidswinst en tot het verminderen van ziekten en ziektecomplicaties. Daarbij is een aantal deelprojecten geformuleerd.

> Vroegopsporing

Eerder is in de regio een pilot gedaan met het Preventieconsult CVR. Het gaat om een E-health applicatie en voor de daarmee geselecteerde groep om een nadere screening in de huisartspraktijk. Het Preventieconsult zal als zorgaanbod worden opgenomen op de websites van de praktijken. Naar analogie van het Preventieconsult CVR zal een proef worden gedaan met het Preventieconsult COPD en GGZ. Bij gebleken succes zullen deze worden toegevoegd aan het E-health aanbod van de praktijken. Uitkomsten van een eerdere pilot met het preventieconsult worden hierin meegenomen.

> Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie wordt gezien als een taak voor de Eerste lijn in samenspraak met gemeenten en GGD 'en. De belangrijkste gedragsveranderingen die worden nagestreefd zijn: gezonde voeding, afvallen, meer bewegen en stoppen met roken.

- Stoppen Met Roken. Het aanbod van DOH en PoZoB bestaat uit: individuele begeleiding in de huisartspraktijk, groepsbehandeling via Sinefuma en een E-healthaanbod via MGP. Daarmee kan het 2e lijns aanbod vervallen.
- Gecombineerde Leefstijlinterventie. Er komt een pilot met een gecombineerde leefstijlinterventie voor patiënten met DM of CVRM. Deze wordt in overleg met VGZ en CZ ontwikkeld op basis van een verbeterde versie van het eerdere projectvoorstel Slank.
- Kick project. Hierbij worden fysiotherapeuten ingeschakeld om mensen met een chronische aandoening en bewegingsarmoede toe te leiden naar de Oe lijn. Daartoe onderhouden zij in een netwerk met sportverenigingen.

> Samenwerking gemeenten en GGD

De gemeenten en de GGD'en hebben een belangrijke taak bij het bevorderen van de gezondheid van mensen, o.a. door voorlichting en preventie. In de regio Eindhoven wordt hierop ingespeeld in het project "Slimmer Leven", een geformaliseerd samenwerkingsverband van de verschillende partijen uit Zorg, Wonen en Welzijn onder leiding van de lokale en regionale overheid en van Brainport Eindhoven.

In de eerste fase van "Slimmer met Zorg" wordt met de gemeenten onderzocht hoe de samenwerking met de Eerste lijn rondom preventie kan worden vorm gegeven. Daarbij worden projecten geformuleerd, bijv. rondom bepaalde doelgroepen, die vanaf 2014 kunnen worden uitgevoerd. Hierbij zullen ook de regionale VTV Zuid Oost Brabant en de definitieve resultaten van het "pre-diabetesproject Afrodite" worden gebruikt .

Deze preventieprojecten moeten leiden tot gezondheidswinst en daarmee op langere termijn tot lagere kosten. Deze kostenreductie kan niet worden gemeten binnen de duur van het project.

5.7. Zorgstructuur

Veel zorgorganisaties in de regio zijn -soms onafhankelijk van elkaar- bezig zorg rond de patiënt te organiseren. Daarbij is regelmatig sprake van onduidelijke rollen, verkokering, doublures en gebrek aan coördinatie. In dit project wordt de zorgstructuur onder de loep genomen om afstemming te bereiken, taken goed te verdelen, helderheid te creëren voor de patiënt en zuiniger om te springen met arbeidskrachten en middelen. Daartoe zijn de volgende deelprojecten gedefinieerd:

> Van verticale naar horizontale ketens

Rond thema's als CVA, Claudicatio, Hartfalen, Obesitas/bariatrische chirurgie en Chronische Nierschade worden steeds vaker ziekte georiënteerde verticale zorgketens georganiseerd. Deze lopen vanuit het ziekenhuis door tot in de thuissituatie. Vaak ontbreekt de afstemming met de horizontale zorgketen zoals de zorggroepen die organiseren.

Omdat patiënten vaak meerdere aandoeningen hebben heeft integrale zorg de voorkeur boven categorale zorg. Het eerstelijns kernteam van huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige is daarvoor verantwoordelijk. Bij complexe problematiek is in dat eerstelijns team samenwerking noodzakelijk met de gespecialiseerde zorgverleners (medisch specialist, gespecialiseerde verpleegkundige, gespecialiseerde fysiotherapeut). Dat moet leiden tot een geïntegreerd individueel behandelplan. Hierdoor ontstaat er integrale zorg, wordt de specialistische expertise benut, wordt versnippering voorkomen en wordt bespaard op de totale zorgformatie

> Integratie Dementieketen met zorg voor kwetsbare ouderen

Sinds 2011 wordt de zorg voor kwetsbare ouderen in de regio uitgerold in het project "Kompleet". Alle relevante partijen zijn bij dit project betrokken. Rond de patiënt functioneert een kernteam (huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde), dat afhankelijk van de zorgbehoefte van de patiënt kan worden uitgebreid. De al jaren bestaande zorgketen Dementie kan in dit model worden geïntegreerd, waarbij de integrale basiszorg wordt geleverd door het kernteam en de zorgtrajectbegeleider daaraan bijdraagt vanuit haar rol als gespecialiseerde verpleegkundige.

> Excellent verwijzen

Patiënten hebben belang bij een optimaal logistiek zorgproces, zonder doublures, zonder hiaten, met minimale wachttijden en maximale afstemming. Door het selectief inkoopbeleid van verzekeraars en taakverdeling tussen centra vindt niet langer alle zorg in elk ziekenhuis, ZBC of GGZ instelling plaats. De huisarts is op de hoogte van de verwijsmogelijkheden in en evt. buiten de regio en dient tijdig te worden geïnformeerd door behandelars in tweede en derde lijn. In het project "excellent verwijzen" nemen de huisartsen samen met de zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid voor "de juiste patiënt (direct) op de juiste plaats – in de tweede lijn of derde lijn". De huisarts blijft de patiënt ook na de verwijzing volgen volgens het "track en trace systeem", dat in de logistiek al langer wordt toegepast. Gestreefd wordt naar een grotere deelname onder de huisartsen.

> Dubbele diagnostiek

Door gebrek aan communicatie tussen sommige eerstelijns diagnostische centra en ziekenhuizen wordt bij veel patiënten die door de huisarts worden verwezen in het ziekenhuis de diagnostiek herhaald. Dat geldt zowel voor laboratoriumdiagnostiek als voor functieonderzoek (ECG, spirometrie, etc). Sinds de introductie van het Cyberlab op Diagnostiek4U kan ook een medisch specialist deze uitslagen inzien. Daar wordt nog geen gebruik van gemaakt. Overnemen van de uitslagen en wegschrijven in het ZIS kan nog niet. In dit project wordt onderzocht hoe de uitslagen ook in het ZIS kunnen worden weggeschreven en wordt deze werkwijze geïmplementeerd. Door het uitbannen van dubbele diagnostiek leidt dit project tot een aanzienlijke kostenbesparing.

Dit project leidt tot betere zorgkwaliteit door middel van integrale zorg rond de patiënt en het leidt tot besparing van menskracht en middelen.

6. Communicatie

Het experiment "Slimmer met Zorg" heeft grote consequenties voor alle betrokken partijen, patiënten en burgers voorop. Daarom wordt er een communicatietraject opgestart om partijen te informeren, te betrekken en verbindingen te leggen met gelijksoortige of aanpalende ontwikkelingen in de regio Eindhoven.

6.1. Burgers en patienten

Ongeveer 80% van alle mensen is incidenteel zorggebruiker en 20% is regelmatig of chronisch patient. De eerste groep wil graag een betaalbare zorgverzekering met goede aanspraken wanneer dat nodig is. De tweede groep wil in eerste instantie goede zorg en daarbij een betaalbare premie. Om de solidariteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid tussen jong en oud, ziek en gezond, werkende en niet-werkende mensen te behouden, is het noodzakelijk om de doelen van het experiment “Slimmer met Zorg” eenduidig en consequent te communiceren. Om zo veel mogelijk burgers te bereiken zal daarbij worden samengewerkt met gemeenten en GGD, maar ook met de zorgverzekeraars via hun verzekerden. Patiënten kunnen via zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden bereikt. Het communicatieplan met burgers en patienten zal nader worden uitgewerkt.

6.2. Betrokken partijen

Bij het experiment “Slimmer met Zorg” zijn vele partijen betrokken, zoals onder meer blijkt uit het figuur in paragraaf 3.2. In de opstartfase van het experiment zijn er ook al oriënterende gesprekken gevoerd met oa ziekenhuizen, gemeenten, huisartsenkring, SGE en de coöperatie Slimmer Leven 2020. Na de definitieve interne besluitvorming bij de Coalitiepartijen zal de communicatie met deze partijen verder worden opgepakt om ook met hen de visie te delen en samenwerking in deelprojecten op te starten. De coalitie streeft er naar om deel te nemen in diverse andere relevante ontwikkelingen, zoals de coöperatie Slimmer leven 2020 of het project Wij-Eindhoven.

