

Proeftuin **Blauwe Zorg**

INNOVEREN MET EEN LONKEND PERSPECTIEF

Ruim twee jaar geleden wees het ministerie van VWS een aantal proeftuinen aan met als doel hier experimenten te starten voor het verbeteren van de zorg. De overall doelstelling bij alle proeftuinen is om zorg te optimaliseren volgens het zogenaamde triple aim principe van Berwick et al. Dit principe stelt dat er drie doelen simultaan worden nagestreefd; lagere kosten, betere kwaliteit en een betere patiëntbeleving. Eén van de proeftuinen is Blauwe Zorg welke is gesitueerd in de regio Maastricht en Heuvelland met ongeveer 175.000 inwoners..

G.J.C. Schulpen

Initiatiefnemers van Blauwe Zorg zijn zorgverzekeraar VGZ, MUMC+, Huis voor de Zorg (patiëntenkoepel) en ZIO. ZIO is een eerste lijnsorganisatie waar 90 huisartsen, 150 fysiotherapeuten en 25 diëtisten uit Maastricht-Heuvelland aan verbonden zijn. De proeftuin Blauwe Zorg heeft een tweetal pijlers.

De eerste pijler bestaat uit een aantal projecten die als doel hebben conform triple aim de zorg doelmatiger te maken. De terreinen waar deze projecten zich op richten zijn anderhalvelijnszorg, GGZ, farmacie, chronische zorg, diagnostiek en de gemeentelijke decentralisaties. Deze thema's zijn een logisch gevolg van de analyse waar de grootste zorgkosten zich bevinden.

Per thema zijn projecten gestart die verder in dit artikel beschreven staan. Belangrijk uitgangspunt bij deze thema's is dat er wordt geprobeerd met name de zorg anders in te richten en pas in tweede instantie, de zorg te verminderen. Er zijn talloze voorbeelden te bedenken, die te maken hebben met zorg die wellicht niet meer hoeft te worden verleend. Maar in de projecten is de focus gelegd op het opnieuw inrichten van zorgprocessen. Zo wordt verderop in dit artikel de Stadspoli besproken, waarbij iedere patiënt die het behoeft, een specialistisch consult krijgt, maar door dit in een andere omgeving en met een andere financiering in te richten, doelmatiger is vormgegeven dan bij de traditionele verwijzing.

De tweede pijler behoeft uitgebreidere toelichting. Projecten hebben per definitie een begin en een einddatum. En vele projecten stoppen na het verstrijken van de einddatum. De reden

hiervoor is dat de cultuur er om heen niet mee verandert waarna we vervolgens weer verzanden in "hoe we het altijd al deden". Kortom, voor de duurzaamheid van de beoogde veranderingen is het van belang dat de omgeving mee verandert. Dit is een element dat vaak vergeten wordt of onvoldoende aandacht krijgt. Pijler twee van Blauwe Zorg richt zich daarom op de cultuurverandering in de regio die moet plaatsvinden op drie niveaus: bij de bestuurder en manager, bij de professional en bij de zorgvrager. De vraag is dan hoe deze mentaliteitsverandering te bewerkstelligen is bij deze groepen?

Een goed voorbeeld van succesvolle verandering is gevonden in het denken rondom het milieu. Alle mitsen en maren terzijde geschoven, zijn we er in geslaagd om producenten en consumenten anders te laten omgaan met duurzaamheid. De mechanismen achter deze duurzaamheid zijn voor de consument niet altijd te doorgronden en dus is er letterlijk taal gecreëerd om meer duidelijkheid te scheppen. Zo is de keuze voor groene stroom voor een consument een duurzaamheidskeuze zonder te hoeven begrijpen wat de feitelijke duurzaamheid heeft veroorzaakt; windturbines of zonnepanelen. Zorg is een bijzonder complex systeem dat voor een leek ook niet goed te doorgronden is. Blauwe Zorg als taal, als woordbegrip, moet het gesprek helpen overzichtelijk te maken. Zorgverlening anders laten verlopen binnen triple aim doelstellingen vergt veelal een samenwerking tussen partijen; vaak tussen partijen van verschillende zorgsectoren zoals eerste en tweede lijn. De afgelopen jaren hebben echter in het teken van marktwerking gestaan. Als omzet en marktpositie leidende principes zijn dan is deze samenwerking, en daarmee de onderliggende projecten, gedoemd te mislukken. Aan bestuurders in de regio is dus gevraagd of zij hun bijdrage wilden leveren aan het duurzaam maken van de zorg, om een bijdrage te leveren aan Blauwe Zorg. Pas toen hierover consensus kwam, konden projecten succesvol worden vormgegeven.

Een belangrijke les van de proeftuin tot nu toe, is het uitgebreid aandacht geven aan deze gezamenlijke visie-ontwikkeling en een ideëel gedeeld perspectief.



Guy Schulpen



Het begrip Blauwe Zorg moet net zo inburgeren als Groene Stroom.

Eén van de manieren om perspectief te delen is de zogenaamde “Alliantie Santé”, een overlegtafel waar bestuurders regionale ontwikkelingen in de zorg in gezamenlijke verantwoordelijkheid bespreken. Hiervoor spraken zij in een overeenkomst af geen beleid meer te zullen maken dat indruist tegen het gezamenlijk belang; namelijk maximale gezondheid voor de burgers per beschikbare euro.

Zo ook voor het tweede niveau, namelijk dat van de zorgverleners. Zij hebben een historie waarbij de aandacht voor kosten in de zorg een lage prioriteit had. “Ik ben er om zo goed mogelijk zorg te verlenen en niet om de kosten in toom te houden” is een veel gebezigde uitspraak van dokters. Wat verder bij de meeste zorgverleners speelt is de onwetendheid over de kosten van de zorg. Het viel op in gesprekken met huisartsen in de regio dat de huisarts slechts bij benadering een idee had over kosten van geneesmiddelen, diagnostiek, enzovoort. En als de arts zelf de kosten niet kent, hoe kunnen we dan verwachten dat deze een keuze maakt voor de goedkopere variant? Met allerlei manieren van spiegelinformatie wordt nu gewerkt aan meer inzicht in kosten en de bijbehorende rol die de arts hierin kan vervullen. Voorbeelden van spiegelinformatie zijn het inzichtelijk maken van diagnostische kosten voor de huisarts en het integreren van medicatie prijzen in hun elektronisch voorschrijfsysteem.

Tenslotte de patiënt als zorgvrager. Ook deze zal in de beweging moeten worden meegenomen en meer begrip en inzicht moeten krijgen in de rol en verantwoordelijkheid van de burger zelf. Dit onderdeel wordt vormgegeven via het Huis voor de Zorg als koepelorganisatie voor patiënten belangen. In onderstaande projecten dragen zij telkens bij aan het perspectief

Spiegelinformatie biedt dokter inzicht in zorgkosten

van de patiënt en aan de communicatie naar de patiënt. Blauwe Zorg als concept en begrip maakt deze communicatie op allerlei niveaus (van bestuurder tot patiënt) overzichtelijker, alhoewel de kentering van cultuur een grote opgave blijft, die lange adem zal vergen.

Projecten binnen Blauwe Zorg

Farmacie

Bij farmacie was de startsituatie in de regio dat deze tot de duurste in Nederland behoorde. Zowel in de aard als de omvang van de voorgeschreven geneesmiddelen, is Zuid-Limburg duurder dan andere regio's. Een tweetal interventies is hierop ingezet. De eerste interventie was gericht op het verlagen van het percentage dure cholesterolverlagers. De startsituatie ken-

de een percentage van 25,3% van de patiënten dat een dure cholesterolverlager gebruikte. De interventie om dit percentage te verminderen was gericht op een intensivering van de samenwerking tussen huisartsen en apothekers. De apotheker droeg patiënten aan met een duur geneesmiddel en in nauw overleg met de huisarts werd bepaald bij welke patiënt een medische reden voor het middel bestond en welke voor substitutie in aanmerking kwamen. In gezamenlijkheid werden patiënten vervolgens benaderd voor omzetting. Deze interventie leverde in 2015 een daling op van 25,3% tot 18,1% duurdere middelen (28% van de patiënten werd omgezet); een daling die zich nog steeds voortzet. Een extra effect was dat dit project de samenwerking tussen huisartsen en apothekers bevorderde.

Een tweede project richt zich op de middelen die gebruikt worden bij patiënten met COPD. Hierbij werd geconstateerd dat er zeer veel verschillende middelen op de markt zijn met een grote diversiteit aan met name de devices voor toediening. Een kleiner formularium dat alle therapeutische opties dekt, zou als voordeel hebben dat in de instructie van praktijkverpleegkundigen en apothekers-assistenten meer eenduidigheid komt. Een voordeel is dat zo'n formularium er toe leidt dat het middel én het device dat de dokter voorschrijft en de patiënt uitlegt, ook daadwerkelijk het middel en device is, dat de patiënt uiteindelijk mee naar huis krijgt. Tenslotte biedt een voorkeursformularium de mogelijkheid om in samenwerking met de verzekeraar, te komen tot een aanbestedingstraject, hetgeen de kosten naar beneden kan brengen.

Deze laatste procedure is momenteel gestart en zal in het voorjaar 2016 worden afgerond. De afspraak is dat iedere arts ieder middel kan voorschrijven (geen drang of dwang), maar dat bij nieuwe patiënten of bij mutaties volgens het voorkeursformularium wordt voorgeschreven. Hierbij wordt via de aanbesteding een korting bewerkstelligd, die voor de patiënt maakt dat het voorkeursmiddel zonder eigen risico wordt verstrekt. Voor de regio betekent dit dat besparingen via de verzekeraar worden geherinvesteerd in Blauwe Zorg. Zo zullen deze besparingen worden ingezet om de FTO's (farmacotherapeutisch overleggen) tussen huisartsen en apothekers verder te professionaliseren en kunnen nieuwe kwaliteit verbeterende farmacie projecten worden gefinancierd.

GGZ en gemeentelijke decentralisaties

Dit is een tweetal projecten in de opstartfase. Met Philippe Delespaul, Jim van Os en

Machteld Huber als inspirators is bij de GGZ de intentie om de GGZ inhoudelijk te innoveren. Vanuit het concept van positieve gezondheid wordt beoogd het functioneren van een patiënt centraal te stellen in plaats van de DSM diagnostiek (DSM, Diagnostic and Statistical Manual). Vanuit fasegerichte behandeling wordt het doel van de behandeling het weer aan het functioneren krijgen van een patiënt centraal gesteld in plaats van curatief te willen behandelen. Ook het betrekken van de ervaringsdeskundigheid is een centraal thema. Tenslotte zal het functioneren veelal de maat voor succesvolle behandeling moeten worden en daarmee zou in de toekomst de huidige ROM systematiek mogelijk vervangen kunnen worden.

Verwacht wordt ook dat dit gedachtengoed de samenwerking tussen huisartsgeneeskundige GGZ, basisgeneralistische GGZ en specialistische GGZ beter en vloeiender zal doen verlopen. Een en ander zal fasegewijs vanaf het voorjaar 2016 worden geïmplementeerd.

Bij de samenwerking tussen zorg, welzijn en preventie is de ontschotting van de financiering én van de zorgverlening als speerpunt benoemd. In een experiment in twee achterstandswijken geven we momenteel vorm aan een programma voor vijf jaar, waarbij de financiële schotten (virtueel) moeten verdwijnen, hulpverleners gaan werken vanuit het concept van positieve gezondheid (Huber), en daarbij zelf kunnen bepalen welke zorg nodig is. Met name het stapelen van allerlei zorg zou hierdoor kunnen worden vermeden en zouden burgers weer aan het functioneren komen. Een ambitieus project omdat dit door de schotten van financiering en beheersing heen gaat. Ambitieuw omdat het weliswaar start met zorg en welzijn, maar nadrukkelijk moet doorgroeien naar het betrekken van participatie van stakeholders zoals werkgevers, uitkeringsinstanties, onderwijs, woningcorporaties, en zo verder. Het concept-programma wordt in het eerste kwartaal 2016 door college van de gemeente Maastricht en zorgverzekeraar VGZ beoordeeld. Het initiatief is genomen door gemeente, VGZ, Huis voor de Zorg, GGD Zuid-Limburg en ZIO en wordt aangemoedigd door een breed bestuurlijk draagvlak in de regio.

Anderhalvelijns zorg

Sinds de jarig tachtig is in Maastricht en omgeving het model van het gezamenlijk consult geïmplementeerd. Een model waarin een specialist (MUMC+) met een drietal huisartsen samen patiënten ziet in de huisartsenpraktijk die nor-

maliter verwezen zouden worden. Dit gezamenlijk consult leert de huisarts wat hij/zij kan doen bij deze patiënt. Momenteel worden huisartsen één jaar gekoppeld aan een bepaald specialisme (ongeveer 8 bijeenkomsten per jaar) en na een jaar wordt van specialisme gewisseld. Dit model bevordert de samenwerking en bevordert de deskundigheid van huisartsen. Het is vanzelfsprekend dat in deze opzet geen grote groepen patiënten worden gezien.

Een meta-analyse over de jaren leerde, dat na afloop van zo'n gezamenlijk consult, de specialist in slechts 15% van de casus, de patiënt verwees naar de tweede lijn. In de andere gevallen was de huisarts in staat met het advies van de specialist, de patiënt zelfstandig verder te behandelen.

Dit gegeven hebben we omgezet in een model waarin wél grote groepen patiënten konden worden gezien.

Een pilot werd vormgegeven waarbij specialisten in de huisartsenpraktijk spreekuur deden. In dit geval zonder de aanwezigheid van de huisarts, maar nadrukkelijk in de rol van adviseur. Na slechts één consult moest de specialist de huisarts advies geven over verdere behandeling, hetgeen kon bestaan uit een verwijzing naar de tweede lijn. De pilot leerde ons vele aspecten van dit model. Ten eerste leerde het, dat ook nu in ongeveer 75% van de casussen, de specialist een advies kon geven aan de huisarts, waar deze de verdere behandeling zelfstandig mee kon voortzetten.

Ook leerden we dat dit model enkel succesvol kan zijn indien de specialist een gevuld spreekuur heeft en dus niet voor slechts enkele patiënten helemaal naar de huisarts moet gaan. Zelfs een grote groepspraktijk heeft hiervoor onvoldoende verwijzend vermogen en dus waren de verwijzingen van omliggende praktijken nodig om volume te creëren. De les hierbij was dat de huisarts, die als gastheer functioneerde, meer ging verwijzen naar het spreekuur van de specialist in de praktijk, dan tevoren. De nabijheid van de specialist lokte dat blijkbaar uit. Omliggende praktijken hadden grote weerstand om hun patiënten te verwijzen naar de praktijk van een collega. Kortom, een dergelijk specialistisch consult in de huisartsenpraktijk stuitte op allerlei praktische bezwaren.

Een alternatief zou zijn om deze consultatie op de werkvloer van het ziekenhuis vorm te geven. Reden om dit niet hier te willen, is dat specialisten aangaven de rol van consultant (met zeer beperkte diagnostiek en slechts een eenmalig contact) moeilijk verkoopbaar te vinden in de nabijheid van alle ziekenhuisvoorzie-

ningen. De slotsom was dat we deze voorziening onder de naam "Stadspoli" implementeerden op twee onafhankelijke locaties in twee Maastrichtse wijken. Dus niet binnen het ziekenhuis en niet in de huisartsenpraktijk.

De Stadspoli is sinds 1 januari 2015 formeel geïmplementeerd en wordt bestuurlijk vormgegeven vanuit een stichting waarin ZIO en MUMC+ in gelijkheid in participeren.

Het model is overeenkomstig de pilot; de specialist biedt na een, in principe éénmalig consult met zeer beperkte diagnostiek (alleen huisartsgeneeskundige diagnostiek), advies aan de huisarts.

Momenteel participeren neurologie, orthopedie, interne geneeskunde, reumatologie, KNO, oogheelkunde, dermatologie en gynaecologie. Het eerste jaar werden zo'n 4500 patiënten gezien, hetgeen bijna 10% is van het poliklinische (regionale) volume van het MUMC. Bij deze patiënten werd in 75% van de gevallen volstaan met een advies aan de huisarts en in 25% van de gevallen was een doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk. Financieel is dit vormgegeven binnen de huisartsfinanciering, wat als gevolg heeft dat een consult op de Stadspoli voor de patiënt vrijgesteld is van eigen risico. Vanuit de Universiteit Maastricht wordt dit model door twee promovendi nauwgezet onderzocht op effecten op kwaliteit, klantbeleving en kosten. Overigens is de Stadspoli een implementatie die naast het gezamenlijk consult functioneert; het gezamenlijk consult als deskundigheid bevorderend model blijft bestaan.

Tenslotte

Blauwe Zorg is geen project, maar veel meer een beweging, een gedachtengoed. We merken dat dit een kernfactor is die projecten op tal van terreinen van de grond krijgt. Ook merken we dat er een soort "tipping point" ontstaat, waarbij dit gedachtengoed zodanig leeft, dat allerlei partijen (van instanties tot individuele zorgverleners) op eigen initiatief met ideeën en innovaties komen. Van "trekkend" aan het zorgveld om te innoveren, is een cultuur ontstaan, waar steeds meer samenwerking ontstaat en waarbij doelmatigheid, kostenbewustzijn en duurzaamheid vanzelfsprekender wordt en inspireert tot meer. Er valt nog een hoop te verbeteren in de zorg ten aanzien van deze onderwerpen, maar de ervaringen binnen de proeftuin bieden een lonkend perspectief voor de toekomst.

Informatie over de auteurs

Dr. Guy Schulpen is medisch directeur van ZIO (www.zio.nl).

