

## **Verslag platformbijeenkomst Zorggroepen d.d. 11 maart 2009, NBC te Nieuwegein**

### **Ontvangst en opening**

*Marc Roosenboom*, stafmedewerker LVG heet alle deelnemers welkom. Het thema van deze bijeenkomst is: kwaliteit. De RVZ heeft net een rapport uitgebracht: "Governance en Kwaliteit van Zorg". Daarin staat o.a. dat de integrale kwaliteit van zorg kan beter worden geborgd, door betere afstemming van verantwoordelijkheden. De eigen verantwoordelijkheid van de zorgsector voor de kwaliteit van de patiëntenzorg blijft voorop staan.

### **Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief *Maarten Ploeg, directeur Diabetesvereniging Nederland***

De DVN is 24 uur, zeven dagen per week bereikbaarheid van de diabeteslijn. De DVN krijgt 50.000 telefoontjes per jaar met vragen van leden. Het tijdschrift Diabc verschijnt elf keer per jaar en heeft 50.000 lezers, de DVN heeft een website kinderen en een website volwassenen.

Ploeg meldt dat de DVN de patiëntenvereniging van de toekomst is, met een zakelijke opstelling. Zo heeft DVN de toepassing geïnventariseerd van de zorgstandaard diabetes 2, met tegenvallende resultaten. Slechts 70% van de diabetespatiënten ontvangt de juiste zorg. De gegevens kan de DVN tegen betaling per postcode aanleveren en desgewenst bespreken.

#### *Serius nemen*

Ploeg benadrukt dat de patiënten met hoogachting moeten worden behandeld. 'Dat betekent feedback geven, de relatie stevig tegemoet treden, de patiënt serieus nemen.' Hij concludeert dat de patiënt in de opzet van ketenzorg geen grote rol heeft gespeeld. Die rol gaat de DVN in versneld tempo oppakken. Dat betekent dat patiënten alleen zitting hebben in spiegelgroepen, maar dat ze in debat gaan met zorggroepen, aangeven wat er niet deugt in het zorgaanbod. 'Als de zorgstandaard niet wordt uitgevoerd, gaat de patiënt eerder dood of krijgt hij eerder complicaties'. Daarom brengt de DVN een patiëntenversie uit van de zorgstandaard. Eerst type 2, later ook diabetes type 1 en diabetes bij kinderen. Zo weet de patiënt welke zorg hij moet krijgen. En per zorggroep wordt gekeken naar het zorgaanbod, gebaseerd op de mening van de patiënt: indicatoren gebaseerd op ervaringsdeskundigheid. Dat levert per zorggroep rapportcijfers op, op professioneel gebied en ervaringskundig gebied. De patiënten kunnen dankzij deze gegevens "stemmen met de voeten".

#### *Ambassadeurs*

De DVN leidt 25 mensen op van academisch niveau, die zelf diabetes hebben. Zij gaan onderhandelen op lokaal niveau met zorginkopers erbij. 'Markteconomen denken teveel in spreadsheets, in zorgzwaartepakketten', aldus Ploeg. De DVN werkt aan een EPD voor patiënten. Het kinder-EPD is recent verschenen. De DVN is met de achterban een discussie gestart over lifestyle en compliance.'

### **Zichtbare Zorg, voor zichtbare kwaliteit van zorg *Marja Appelman, projectleider Zichtbare Zorg***

Het Zichtbare Zorg is ingericht op verzoek van minister Klink. Het valt onder de inspectie van de gezondheidszorg, maar opereert zelfstandig. Doel is dat sectoren in de zorg (zoals chronische zorg, verzorging en verpleging, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg) meer inzicht geven in de kwaliteit van zorg. Als keuze-informatie voor de patiënt, inkoopinforma-



tie voor zorgverzekeraars, verwijsinformatie voor professionals evenals spiegel- en sturingsinformatie, en verantwoordingsinformatie voor toezicht.

Zichtbare zorg moet de zorgstandaarden en de transparantie versnellen. 'Een mission impossible, ware het niet dat er al heel veel is gebeurd op dat gebied en niet alles in één keer hoeft', aldus Appelman. Het is van belang dat er voor de vier chronische aandoeningen indicatoren komen.

#### *Aanwijzing*

De wetenschappelijke omschrijving luidt: 'Een indicator is een meetbaar aspect van geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts aannemelijk is gemaakt, dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van de zorg.' Het is dus in feite niet meer dan een aanwijzing. Indicatoren gaan over inhoud van de zorg, organisatie van de zorg en over de ervaring van patiënt/cliënten.

Het project Zichtbare Zorg heeft in dit beginstadium nog geen vastomlijnde ideeën. Appelman wijst op de indicatoren op ketenkwaliteit. 'Bijvoorbeeld op samenwerking: is er een behandelplan en patiëntvolgsysteem om te zien of behandelplan wordt nageleefd? Kijken naar de uitkomsten, zoals doorverwijzingen naar de tweede lijn. Algemene indicatoren voor aandoeningoverstijgende zorginhoudelijke aspecten, zoals bloedwaarde, BMI en cholesterol. Evenals specifieke indicatoren behorende bij de specifieke aandoening, gericht op zorginhoudelijk, patiëntgerichte en organisatorisch aspecten.'

Appelman constateert dat momenteel de verzekeraars aanjagers zijn in het werken met indicatoren. Terwijl het zorgverleners ook van belang is: daarmee verkrijgen ze zelf inzicht van in de kwaliteit van zorg. 'Zo kun je elkaar coachen, verantwoording afleggen, samen werken aan verbeteringen. Het moet onderdeel uitmaken van de core business.'

Naar haar mening zouden de indicatoren voor chronische zorg over zelfde aspecten moeten gaan bij de eerste lijn, tweede lijn en zorgverzekeraars. Dat is nu niet het geval. Stroomlijnen van de indicatoren acht ze daarom noodzakelijk. Ze meldt dat Zichtbare Zorg werkt op basis van consensus, met stuurgroepen voor disciplines, b.v. fysiotherapie. 'De vraag is of dat werkt voor ketenzorg, vanwege de veelheid aan partijen.'

#### *Eén set indicatoren*

Zichtbare Zorg wil zo snel mogelijk komen tot één set indicatoren waarin zorgaanbieders zich kunnen herkennen, die aansluit bij de eigen registratie, die leidt tot kwaliteitsverbetering, die de patiënt de kwaliteit toont, die de zorgverzekeraar kan benutten voor zorginkoop en waarop de inspectie zijn toezicht kan baseren. Binnen een paar maanden komt er een kleine set indicatoren voor de aandoeningen waarvoor al zorgstandaarden zijn. Zichtbare Zorg wil vervolgens een jaar later komen met een set, waarover alle zorgverleners tevreden zijn.

### **Zorggroepen en wetten**

#### ***Jan Erik de Wildt, directeur Commonsense***

De Wildt wijst op de wetten waaronder de zorggroepen vallen. De kwaliteitswet zorginstellingen, het WTZi, de mededingingswet, NZa-richtsnoeren, Wet Klachtrecht cliënten zorginstellingen en de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

De meeste zorg verleend door zorggroepen, valt onder de zorgverzekeringwet en voor een klein deel onder de AWBZ. Zorg die korter duurt dan een jaar, gaat over naar de zorgverzekeringwet. Zorggroepen vallen onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet stelt globale kwaliteitseisen, die de organisatie zelf kan invullen.



Daarbij wordt de kwaliteit geordend op vier aspecten:

1. opleiding/bijtscholing, gebouwen, apparatuur;
2. richtlijnen, standaarden, protocollen, klachtenregeling, kwaliteitshandboek;
3. (interne) evaluatie, enquête, intercollegiale toetsing;
4. (externe) evaluatie, onafhankelijke toetsing of accreditatie.

De organisatie moet een kwaliteitsjaarverslag opstellen, met verantwoording over de kwaliteit, het gevoerde kwaliteitsbeleid en de betrokkenheid van de stakeholders. De Inspectie is de toezichthouder van de kwaliteitswet zorginstellingen. De Wildt wijst op het feit dat de toetsing moeilijker is bij functionele omschrijving.

De WTZi stelt regels voor een transparantere bestuursstructuur en ordelijke bedrijfsvoering van zorginstellingen. Een van de eisen is een onafhankelijk toezichthoudend orgaan: dus geen zorgaanbieder in de Raad van Toezicht die zelf ook zorg verleent. Bij minder dan 50 medewerkers is de WTZi niet van toepassing.

#### *Misbruik machtspositie verboden*

De mededingingswet is van toepassing op ondernemingen, ongeacht hun rechtsvorm. De NMa en NZa onderzoeken of zorggroepen zich aan deze wet houden. Er mogen geen kartels worden gevormd en/of misbruik worden gemaakt van machtspositie. Concentratie op zich is overigens geen machtsmisbruik. Er moeten wel keuzemogelijkheden zijn voor de patiënt. De NMa en NZa kijken naar alle transacties van zorggroepen met andere partijen: hoe verlopen de contractuele en samenwerkingsonderhandelingen? Zo is de diëtetiek er bekaaid afgekomen in de onderhandelingen.

De Wildt heeft aan de NMa gevraagd of benchmark is toegestaan, bijvoorbeeld over dbc's, als daarover verder geen prijsafspraken worden gemaakt. Daarop is nog geen antwoord ontvangen. Hij wijst op de LVE, die € 80.000 boete heeft gekregen vanwege het maken van afspraken voor landelijke tarieven van eerstelijnspsychologen.

Richtsnoeren voor de zorgsector (2007) zijn eveneens van toepassing voor de zorggroepen. Zorggroepen kunnen vanwege de omzet geen beroep doen op de vrijstelling, op de bagatelbepaling. Concurrentie beperkende activiteiten afspraken (verkooprijzen, marktafbakening, afspraken rond aanbestedingen) vallen onder het kartelverbod. Bij deze overtreding van de wet volgen er direct stevige financiële sancties.

Zorggroepen hebben weinig van doen met de aanmerkelijke marktmacht en eventueel misbruik daarvan.

Volgens de Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen moet er een cliëntenraad worden ingesteld. Echter: als dat niet lukt, kan de organisatie volstaan met een poging daartoe.

#### *Concurrentie*

In de Wet Marktordening gezondheidszorg staat concurrentie in belang van de consument centraal. Daarop toetst de NZa zeer sterk.

De NZa moet de prestaties beschrijven van de zorgprogramma's. Een lastig probleem daarbij is de link met de reguliere bekostiging. Dat proces vindt al plaats achter de schermen en wordt medio dit jaar bekend. Daarbij is de link met de reguliere bekostiging nog een lastig punt.

### **Praktijkvoorbeeld: referentiemodel zorggroepen** **Dennis van de Rijt, namens Robuust, werkzaam bij Opera.**

Van der Rijt gaat in het referentiemodel zorggroepen, ontwikkeld door Robuust. Dit is een beschrijving van het bedrijfsproces van zorggroepen. Het knipt dat geheel in elf deelprocessen. Daarbij komen alle stappen over de inrichting van een zorgprogramma aan bod. Het betreft een cyclisch model: in vier fasen: ontwikkelen, organiseren, uitvoeren, bewaken.

#### *Boek*

Dat model is verwerkt in een boek verwerkt, dat in april 2009 uitkomt. Met daarin een uitgebreide toelichting, een omschrijving van deelprocessen en een checklist van de processen. Robuust gaat dit gebruiken bij de ondersteuning van zorggroepen. Tevens bevat het een organisatiemodel, gekoppeld aan functionarissen die dat proces inrichten en beheren. En er aandacht voor de ICT. Want het is lastig te beoordelen welke ICT-toepassingen een zorggroep nodig heeft. Het boek bevat een handreiking, met de besluitvorming en de consequenties.

Het model is eerst getest bij drie zorggroepen en na bijstelling vervolgens als pilot ingezet bij vier zorggroepen. De betrokken zorggroepen gaven aan dat het model toegevoegde waarde heeft.

#### *Analyse*

Robuust ondersteunt zorggroepen bij de analyse van het zorgprogramma. Allereerst vindt een intakesessie plaats. Vervolgens zijn er twee bijeenkomsten van 2,5 uur per keer, waarin het hele eigen proces wordt doorgelicht. Tot slot volgt een adviessessie, met de conclusies en knelpunten. Dat is het vertrekpunt voor de zorggroepen om daarmee aan de slag te gaan.

'Het is zinvol om hier een kennisstelsel aan te koppelen', meldt Van de Rijt. 'Zo kun je knelpunten verzamelen, goede oplossingen verspreiden, komen tot afstemming in de dienstverlening, bijvoorbeeld met standaardcontracten, een format voor begroting, voorbeeld van een kostprijsberekening.'

Het model is geschikt voor zorggroepen die de puntjes op de i willen zetten in bestaande programma's. Maar ook voor de zorggroepen die de stap maken naar een integrale dbc, waarvoor een andere financiering is. En het is geschikt voor de opzet van een nieuw zorgprogramma.

Robuust wil in 2009 25% van de eerstelijnszorggroepen in haar gebied ondersteunen. Het boek komt beschikbaar via de website van Robuust.

### **Praktijkvoorbeeld: Diabetes Implementatie Traject** **Sandra van de Meer, NOVO Nordisc**

De methodiek is ontwikkeld voor samenwerking tussen multidisciplinaire disciplines. Er waren wel werkafspraken op papier, maar ze moeten ook in de praktijk worden gebracht. Zorggroepen staan voor dezelfde vraag. Ze maken leveringsafspraken, maar hoe zorg je ervoor dat de hele groep op dezelfde wijze de afgesproken zorg levert?

Het Diabetes Implementatie Traject –DIT- is een methodiek voor organisatie en implementatie. Het doel is: optimalisering van de diabeteszorg in de eerste lijn door verbetering van de organisatie- en kennisgraad. Het is niet alleen gericht op richtlijnen, maar ook lokale zaken, een diabetesteam is niet overal gelijk.

### *DIT-consulent centraal*

Een diabetesverpleegkundige wordt opgeleid tot DIT-consulent. Zij kent de methodiek die wordt toegepast op het veranderingsproces. Hoe zorg je ervoor dat je degenen die je begeleidt, overtuigt van de meerwaarde van de veranderingsstap, zodat ze erachter staan en het doorvoeren. De DIT-consulent implementeert afspraken die de zorggroep heeft in individuele praktijken, ondersteunt de manager/huisarts en biedt intensieve begeleiding.

De werkwijze van een DIT-consulent kent drie fasen:

1. Inventarisatiefase: praktijkanalyse, plan van aanpak, uitvoering plan van aanpak, kwaliteitsinstrument en de deskundigheidsbevordering.
2. Implementatiefase: er was in de eerste fase al een meting van de stand van zaken met verbeterpunten. In de implementatiefase verzorgt de DIT-consulent de begeleiding van de praktijk. Ze kan zelf actief het verbeterplan implementeren, met één-op-één contacten. Dat is vrij arbeidsintensief en alleen geschikt voor kleinere zorggroepen/samenwerkingsverbanden. Een andere manier is de DIT & POH-cursus. In een cursus van drie dagdelen leert de POH de stappen aan. Daarbij heeft de DIT-consulente nog een aansturende, begeleidende rol. Tussen cursusdagdelen zit één maand en in die periode moet de POH ook zaken uitvoeren. Bij problemen kan ze de DIT-consulent raadplegen.
3. De evaluatiefase: één per jaar bezoekt de DIT-consulente de praktijk en werkt een checklist af: hoe is het gegaan, wat zijn knelpunten, zijn de protocollen geüpdatet, de veranderingen vastgelegd? In feite een "healthcheck van de praktijk".

Een aantal instrumenten in de praktijk is: de cursus voor DIT-consulent, voor de DIT - & POH, voor DIT & praktijkassistente en DIT & huisarts. De laatste cursus is niet specifiek gericht op diabetes, maar betreft het bewust invulling geven aan eindverantwoordelijkheid: hoe deleger je en hoe bewaak je kwaliteit van gedelegeerd werk). Daarboven ligt de deskundigheidsbevordering, met ondersteuning van het educatieplan voor alle betrokken disciplines.

### *Maatwerk*

Van de Meer benadrukt dat het gaat om maatwerk. 'Het proces wordt aangepast aan de zorggroep. De methodiek is niet specifiek op diabetes geënt, het kan worden geboden voor alle chronische ziekten. Kwaliteitsbeheer is een rol van de zorggroepen zelf, die is een hulpmiddel, waarbij de kracht van het programma de zorg op de werkvloer is.'