

# Groeimodel in vijf dimensies voor geïntegreerde zorg

**De gezondheidszorg staat voor forse opgaven. De zorgondernemers die zijn verenigd in de LVG streven naar een krachtige geïntegreerde gezondheidszorg, die mensen in staat stelt gezond te leven. Met tientallen jaren ervaring met zorg in de buurt, in samenhang met andere ondersteuning, presenteren deze centra nu een groeimodel in vijf dimensies. Met herkenbare bouwstenen voor populatiegerichte zorg in de buurt.**

## De noodzaak tot verandering

Het oude, romantische beeld van de dag en nacht werkende huisarts en wijkverpleegkundige, die werkten op basis van gezag en presentie, was vele decennia de belangrijkste peiler van onze eerstelijnsgezondheidszorg. De samenleving van nu en het gezondheidszorgsysteem zijn complexer dan voorheen, er zijn meer behandel mogelijkheden, hogere verwachtingen ten aanzien service en gemak. Het natuurlijk gezag is ingeruild voor te verdienen vertrouwen en een maatwerk in de zorg wordt steeds vaker verlangd dan

houden. De behoefte aan informatie neemt toe. Tegelijkertijd zien we dat de wijkverpleegkundigen nagenoeg zijn verdwenen en de 'eigen' huisarts niet meer dag en nacht beschikbaar is. Het model van de solistisch werkende professional loopt tegen zijn grenzen aan. Naast samenwerking zal er ook een verdere integratie van zorgprocessen noodzakelijk zijn. De LVG heeft daarom een visie en een groeimodel ontwikkeld dat niet alleen uitgaat van samenwerking, maar ook van integratie van zorgprocessen. Het is gebaseerd op robuust organiseren.

2. Deze professionals werken niet vrijblijvend samen, maar kiezen voor een multidisciplinaire aanpak.
3. Door deze samenwerking zijn de professionals in staat om hun kennis en competenties te combineren. Samen met de patiënt of informele zorg levert deze inzet gezondheidswinst op voor een geïntegreerde populatie.
4. De geïntegreerde dienstverlening wordt verricht vanuit een robuuste professionele organisatie die vraaggericht en populatiegericht werkt.

Dit geheel noemen wij geïntegreerde populatiegerichte eerstelijnsgezondheidszorg. Voor ons staat de mens met al zijn mogelijkheden en helaas ook vaak met zijn ziekte en beperkingen. Daaruit vloeit voort dat de vraag en de mogelijkheden van de patiënt/cliënt/klant centraal staan. Het gaat om een integrale aanpak waarbij onze eerstelijnsgezondheidszorg verbinding realiseert met preventie, public health, tweedelijnszorgaanbod, welzijn, wonen en werken. Die verbinding is gericht op afstemming van het zorgaanbod, op het scheppen van mogelijkheden

## Portfolio met herkenbare bouwstenen

wel opgeëist. We weten dat preventie, vroege opsporing en het ondersteunen van zelfmanagement belangrijker onderdelen moeten vormen van de behandeling. Er komen meer kwetsbare ouderen waarbij pro-actief handelen, casemanagement en multidisciplinair werken belangrijk worden. Daarnaast zien we dat voor effectieve preventieprogramma's afstemming met de gemeente en GGD noodzakelijk is. Maar ook dat voor een klantvriendelijke en efficiënte bedrijfsvoering een goede back-office en dus een zekere schaal-grootte noodzakelijk zijn. We zien dat er een groeiende behoefte bij burgers, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheden ontstaat aan inhoudelijke en financiële transparantie. Enerzijds om te kunnen kiezen en anderzijds om de gezondheidszorg betaalbaar te

## Visie op geïntegreerde eerste lijn

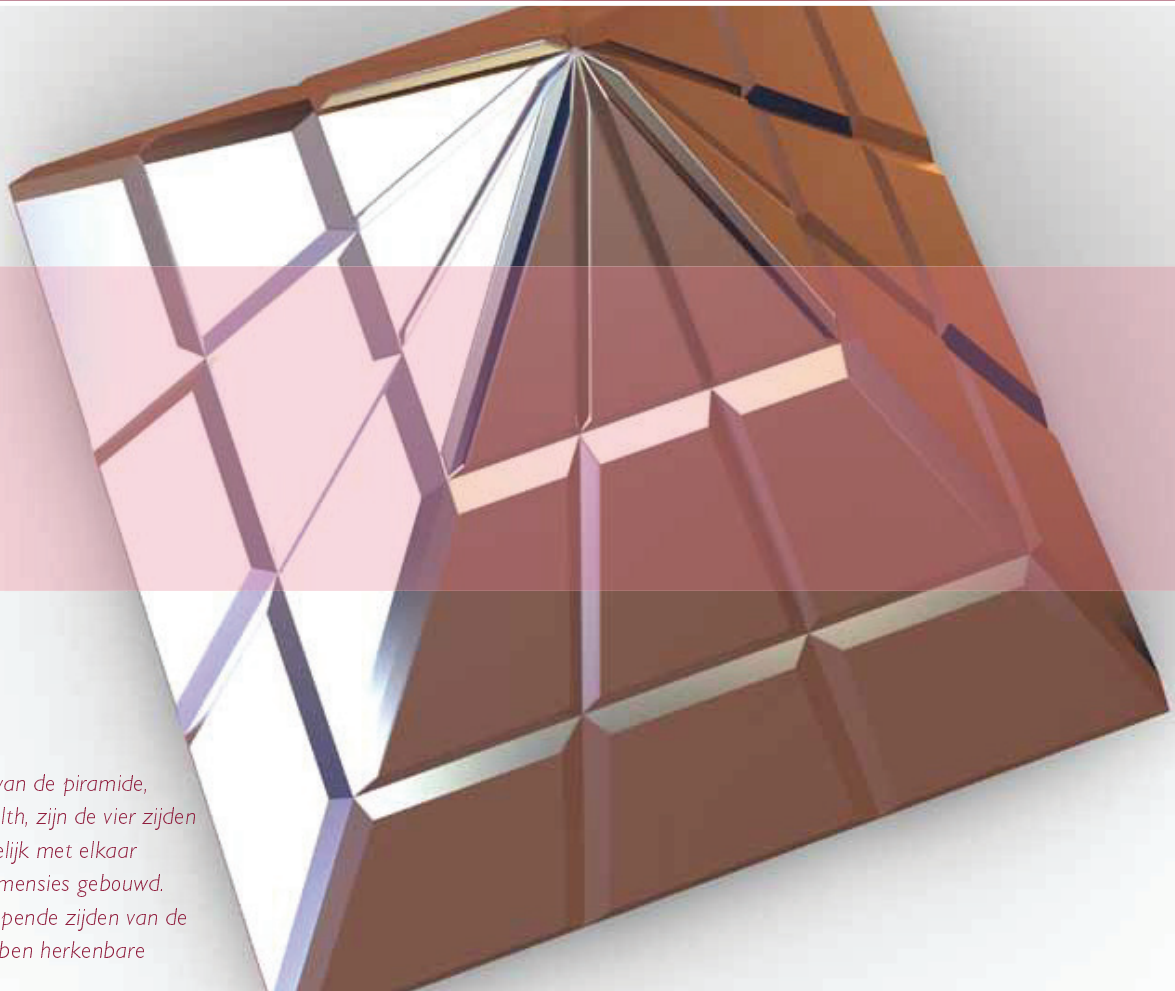
De kracht van een sterke eerste lijn zit in de breedte van het aanbod van zorg en dienstverlening én de mate waarin dit aanbod gecoördineerd wordt aangeboden. Er vier randvoorwaarden.

1. De basis wordt gevormd door goed opgeleide en gemotiveerde professionals.

## Maatschappelijk rendement

Geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg is gericht op:

- Mensen in staat stellen langer en gezonder in de eigen omgeving te laten leven.
- Het leveren van zuinige en zinnige zorg.
- Het aanspreekbaar zijn op multisectorale afstemming.
- Gastvrijheid, service en persoonlijke zorg.
- Het bieden van een duurzaam inspirerende werkomgeving voor professionals.



*Op de basis van de piramide, de public health, zijn de vier zijden in onlosmakelijk met elkaar verbonden dimensies gebouwd. De omhooglopende zijden van de piramide hebben herkenbare bouwstenen.*

voor participatie en op een doelmatige inzet van mensen en middelen. Voor deze verbinding is een gebieds- en populatiegerichte aanpak een randvoorwaarde.

### Groeimodel in vijf dimensie

Het gaat de LVG-leden bij gezondheidscentra niet alleen om een visie maar vooral om een gezamenlijk model en begrippenkader te hebben hoe in de dagelijkse praktijk populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg geleverd kan worden. Hoe samen met zorgverzekeraars, gemeenten en andere partners afspraken te maken zijn en wat de resultaten moeten zijn. Dit model is te gebruiken als een portfolio en bestaat uit vijf dimensies die onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

- A. Zorg
- B. Klant
- C. Organisatie
- E. Partnership
- D. Public health.

Deze vijf dimensies zijn onderverdeeld in herkenbare bouwstenen. Zoals 'zorg-

programma kwetsbaren' in de dimensie zorg of 'klanttevredenheid' in de dimensie klant. De bouwstenen worden landelijk vergelijkbaar gemaakt door een uniform begrippenkader en een landelijke bechmark.

### Dimensie A: Zorg

De dimensie zorg bestaat uit:

1. Monodisciplinaire zorg: in de regel is weinig afstemming noodzakelijk.
2. Multidisciplinaire samenwerking: met onder andere LESA's, FTO en structureel MDO.
3. Programmatische zorg: gebaseerd op standaard zorgprogramma's met een eigen set van vaste outcome indicatoren. De zorgprogramma's zijn onder andere diabetes, vrm, copd, hartfalen, smr, basis-ggz, incontinentie, kwetsbare ouderen, dementie en palliatieve zorg. Hiernaast is er ruimte voor een zorgprogramma dat is gericht op het 'ontzorgen'; met andere woorden zorgen dat mensen minder gebruikmaken van de zorg. Van Zorg en Ziekte naar Gedrag en Gezondheid.

4. Casemanagement: voor kwetsbaren en grootverbruikers van zorg.

### Dimensie B: Klant

De dimensie klant bestaat uit een:

1. Gestandariseerde manier om klanttevredenheid te meten.
2. Landelijke gastvrijheidstoets.
3. Basis servicepakket met online afspraken maken, basiszorginformatie online, personal health record, e-consult en op basis van een uniform afwegingsmodel aangepaste openingstijden.
4. Breed aanbod aan overige dienstverlening zoals het CJG, WMO-loket en CIZ-loket.
5. Aansluiting op een landelijke online omgeving voor een breed aanbod aan e-health therapie, zoals Grip op je dip en Beating the blues.

### Dimensie C: Organisatie

De zorgorganisatie is een rechtspersoon, heeft een kwaliteitssysteem, voldoet aan de LVG Good Governance afspraken en participeert in de landelijke sectorale benchmark.

Gezondheidscentra moeten in beeld krijgen of ze voldoende schaalgrootte hebben om het toekomstige portfolio uit te voeren. Criteria voor een verantwoorde bedrijfsvoering zijn gelegen in rendement, solvabiliteit en maatschappelijk verantwoord ondernemen.

### **Dimensie D: Partnership**

De zorg staat de komende jaren voor een forse inhoudelijke en financiële uitdaging. Geen enkele partij zal deze opgave alleen kunnen oplossen en samenwerking met respect voor elkaars belangen is daarbij van belang. Nadrukkelijk nodigt de LVG zorgverze-

kerars, gemeenten en andere zorgaanbieders uit om vanuit gezamenlijk geformuleerde doelen afspraken te maken over het lokale zorgaanbod. Tegelijk speelt de vraag hoe we ervoor zorgen dat mensen minder of anders gebruik maken van de zorg. Nadrukkelijk onderdeel in de partnerships is het maken van regionale afspraken over kostenbeheersing, naar analogie van de 'accountable care organizations' in de Verenigde Staten. Deze partnership komen tot stand door nieuwe conceptuele modellen zoals 'Mutual Gains Approach' te gebruiken. Hierbij creëren de deelnemers samen een oplossing die niemand op basis van louter het uitwisselen van standpunten zou verzinnen. De gezamenlijk gevonden oplossing biedt meerwaarde omdat het

## **Elf ambities voor 2011-2012**

De LVG leden bij gezondheidscentra hebben afgesproken om te werken op basis van deze visie en dit portfolio dat de komende jaren wordt ingevuld. Voor 2011 en 2012 hebben deze leden elf ambities uitgesproken. Het streven is om eind 2012 voor 202 gezondheidscentra die samen 1,5 miljoen patiënten bedienen, het volgende te realiseren.

### **Zorg**

1. Ontwikkelen van een zorgprogramma voor mensen die meer dan € x zorg per jaar verbruiken. Hiervoor wordt in overleg met zorgverzekeraars, behandelaars en patiënt een individueel zorgplan opgesteld.
2. Om het populatiegericht werken te versterken benoemt elk centrum zijn drie grootste door ons te beïnvloeden gezondheidsproblemen en stelt hiervoor een actieplan op om dit binnen vijf jaar te verlagen.
3. Elk centrum stelt een verbeterplan 'verwijzen en terugverwijzen' naar de tweede lijn op.

### **Klant**

4. Alle klanten kunnen online afspraken maken bij de gezondheidscentra.
5. De gezondheidscentra onderzoeken gestandaardiseerd of hun populatie behoefte heeft aan ruimere openingstijden en zo ja dan wordt dat ingevoerd.

### **Organisatie**

6. Alle gezondheidscentra brengen in beeld of ze voldoende schaalgrootte hebben om het toekomstig portfolio uit te voeren. Een werkgroep stelt hiervoor criteria op en doet voorstellen voor ondersteuning.
7. De gezondheidscentra voeren een zelfevaluatie uit of zij voldoen aan een verantwoorde bedrijfsvoering, rendement (5%), solvabiliteit (15%; in setting waarin wordt gebouwd: 25%), uitgaande van maatschappelijk verantwoord ondernemen. De LVG werkgroep WRF stelt een programma van eisen op.

### **Partnership**

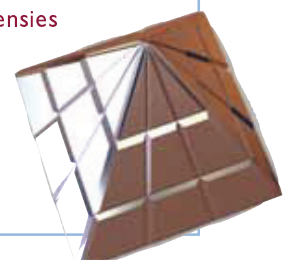
8. De LVG maakt modellen voor partnerships (shared savings) met zorgverzekeraars. Alle gezondheidscentra maken hierover afspraken met de preferente zorgverzekeraar.
9. De LVG maakt modellen voor partnerships van gezondheidscentra met gemeenten over public health en top-3 gezondheidsproblemen in een wijk.

### **Public health**

10. De LVG ontwikkelt een online wijkscan/VAAM/HIS. Op basis van dit instrument wordt door het gezondheidscentrum een wijkanalyse gemaakt en een plan gemaakt hoe het aanbod hierop moet aansluiten.
11. In 2012 participeert elk gezondheidscentrum beleidsmatig en operationeel in minimaal twee lokale netwerken op basis van een wijkscan. De netwerken hebben SMART doelstellingen.

### **Samenhangende dimensies**

- 1 Zorg
- 2 Klant
- 3 Organisatie
- 4 Partnership
- 5 Public health



resultaat tegemoet komt aan de meeste individuele belangen.

### **Dimensie E: Public health**

Het zorgaanbod is gebaseerd op een wijkscan en een populatie-analyse gebaseerd op individuele risicoprofielen. De public health analyse bevat een duidelijk vertaling naar de keuzes in het zorgaanbod. De LVG ontwikkelt samen met anderen een standaard internet-based instrument dat lokale zorgaanbieders in staat stelt een herkenbaar aanbod samen te stellen. Gezondheidscentra maken een wijkanalyse en participeren in lokale netwerken.

### **Handen en voeten geven**

Het model is nadrukkelijk bedoeld als een groeimodel dat de komende jaren verder vorm krijgt. Hiermee vormt het de basis om het abstracte begrip populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg feitelijk handen en voeten te geven. Door te werken met

### Wat gaan we aanbieden?

Geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg is gericht op:

- Een herkenbaar, transparant geïntegreerd pakket van producten, diensten en werkwijzen.
- Producten en diensten worden landelijk onderling vergeleken en gepubliceerd aan de hand van een benchmark.
- Stapsgewijze uitrol 2012-2014, met tempoverschillen
- Maar wel eigen identiteit en couleur locale.

een landelijke benchmark en met herkenbare bouwstenen wordt de innovatie versneld. Hiernaast geeft het richting aan de research en development agenda en zal het een stimulans geven aan het moderniseren van opleidingen voor zorgaanbieders.

**Indicatoren** Het Jan van Es instituut zal per bouwsteen ZIZO-proof indicatoren opleveren om te komen tot een goede verantwoording van de uitvoering.

**Research en development** Dit portfolio vraagt om een eigen R&D agenda. Bestaande wetenschappelijke verenigingen (o.a. NGH, WINap, KNGF) maken in de regel monodisciplinaire richtlijnen en soms ook multidisciplinaire richtlijnen. In de programmatische zorg gaat het niet om afspraken 'wie doet wat' maar zeker in de toekomst om een herontwerp van het zorgproces. Waarbij functionaliteit, kosten en uitkomsten belangrijker worden dan de functionaris. Waar mogelijk betrekken we de bestaande verenigingen bij onze R&D agenda.

**Ondernemerschap** De LVG beoogt met het portfolio niet om een landelijke blauwdruk voor de eerste lijn te realiseren. Wat we willen is dat de verschillende bouwstenen meer herkenbaar worden (benchmark) en dat de dimensies in samenhang worden gezien. Deze samenhang is noodzakelijk om het gesprek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te ondersteunen. De LVG leden zijn ondernemende zorgaanbieders die zorgverzekeraars, gemeenten en andere zorgaanbieders zien als partners om een adequaat lokaal zorgaanbod te realiseren. Sleutelbegrippen hierbij zijn meerjarige afspraken, kwaliteit, transparantie, shared savings en toegevoegde waarde.

*Leo Klijhuis, directeur LVG*

**Op 13 oktober 2011 organiseert de LVG een invitationale conference voor stakeholders en leden om met de visie en portfolio te bespreken.**

## Gegevensverstrekking bij overleden patiënt?

Iedere arts wordt van meet af aan geleerd dat hij een geheimhoudingsplicht heeft ten opzichte van derden die niet bij de behandelovereenkomst met de patiënt betrokken zijn. Maar wat als er door derden wordt gevraagd om gegevens uit het dossier van een overleden patiënt? Tot een lid van de LVG wendde zich de echtgenote van een overleden patiënt met het verzoek tot verstrekking van zijn medisch dossier, in verband met een in te dienen claim als gevolg van een in het ziekenhuis gemaakte medisch fout. Deze patiënt was hier vermoedelijk aan overleden. Kan de geheimhoudingsplicht in een dergelijk geval opzij worden geschoven? Het antwoord op deze vraag kan in ieder geval niet in de wet gevonden worden.

Literatuur, jurisprudentie alsook de KNMG-richtlijn geven wel handreikingen aan de arts. De helpdesk kon en mocht deze keuze niet voor de betreffende arts maken maar adviseerde de arts om, op grond van onder meer de volgende vragen, een besluit te nemen: wat is het belang van de verzoeker, waar is het voor nodig, is er een sprake van een zwaarwegend belang, zal het medisch dossier opheldering kunnen geven, kan die opheldering op een andere manier worden gegeven, zijn er aanwijzingen in het huisartsendossier te vinden die van belang zijn in deze kwestie, is er sprake van een goede verstandhouding tussen de aanvrager en de overledene, is er een conflict van plichten? Op grond van, onder meer deze aspecten kon de arts een weloverwogen besluit nemen. Overigens kan een rechter bij (gedeeltelijke) weigering, de arts alsnog verplichten het medisch dossier van een overledene te verstrekken.



### Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

*Sinds 1 januari jl. kunnen alle leden van de LVG zich onbepert voor korte juridische vragen wenden tot de Juridische Helpdesk. Ook is er voor ieder lid 2 uur beschikbaar voor een ingewikkelder juridische vraag. De helpdesk wordt uitgevoerd door advocatenkantoor KienLegal B.V.: 4 advocaten en 3 juridisch adviseurs zijn gespecialiseerd in het recht dat geldt in de gezondheidszorg.*