

Werkconferentie Doorbraakprogramma

Naar een geïntegreerde gezondheidszorg in de regio Rivierenland!



Brasserie Nu

3 juli 2013

Initiatiefgroep

Avondvoorzitter: Theo Voorn

Veranderen?

“Wanneer willen professionals in beweging komen?”

1. Urgentie
2. Visie
3. Ondersteuning!”

Wim Schellekens – o.a. voormalig hoofdinspecteur IGZ

De piano trappen

http://www.youtube.com/watch?v=bRCW8W_jPIM

http://www.youtube.com/watch?v=2lXh2n0aPyw&feature=player_embedded

Genodigden

Voor deze werkconferentie zijn de volgende mensen uitgenodigd (met daar achter vermeld het aantal aanwezigen):

- Huisartsen ECT (13 deelnemers)
- Medisch specialisten ZRT (32 deelnemers)
- Bestuur/management ECT (3 deelnemers)
- Bestuur/management ZRT (4 deelnemers)

Het bestuur van de CHV is als toehoorder uitgenodigd (1 deelnemer)

In totaal namen er 60 mensen deel aan de werkconferentie, op de volgende dia's zijn de deelnemerslijsten te vinden.

Deelnemerslijst - ZR

Frans van Eck, anesthesist

Willem Peter Ridder, anesthesist

Tomislav Stanic, anesthesist

Parvin Varma, anesthesist

Gilian Ambaum, anesthesioloog-intensivist

Olav Wajer, anesthesist

Willy Rijnten, dermatoloog

Sander van der Beek, internist

Gerrit Dun, internist

Cilia Henkens, internist / bestuurslid

Manuel Tjin-A-Ton, internist

Andrzej Zlotkowski, kinderarts

Ries de Keijzer, klinisch chemicus / bestuurslid

Martijn Kemperman, kno arts / bestuurslid

Rick Heyne, longarts

Thuy-Nga Le, arts-microbioloog

Tanja-Anne Hoogendoorn, neuroloog

Rob Verweij, neuroloog / bestuurslid

Petra Edelbroek-Hoogendoorn, oogarts

Cees van der Windt, oogarts

Paul Zollinger, orthopedisch chirurg

Anne Floor Macaré, plastisch chirurg

Marieke Vossen, plastisch chirurg

Marian Rikkert, GZ Psycholoog

Deelnemerslijst - ZR

Jim Geselschap, radioloog
Susanne Tonino-Van Boldrik, radioloog
Jan Weerts, radioloog
Annemarie Venhuizen, reumatoloog
Mario Veerkamp, reumatoloog
Willem du Fossé, uroloog
Roel Laduc, uroloog
Stephan Levering, ziekenhuisapotheker

Aryanti Ugahary, beleidsadviseur
Gérard Koot, zorgmanager snijdend
Andries van den Berg, zorgmanager Medisch
Facilitair Centrum
Paul Verploegen, RvB
Binso Wymenga, RvB

Deelnemerslijst - ECT

Pieter Boon, huisarts

Rob Edelbroek, huisarts / bestuurslid

Ingrid Houtman, huisarts

Erwin de Vries, huisarts

Danielle Deckers, huisarts

Willem Elzinga, huisarts

Atty Reesink, huisarts / bestuurslid

Johan Reesink, huisarts

Eugène Sassen, huisarts

Jan Sündermann, huisarts / bestuurslid

Jelle Sündermann, huisarts

Berbel Tanck, huisarts / bestuurslid

Marc Huls, huisarts

Martijn Leeflang, algemeen manager

Evert Bakker, bestuurslid

Gert Verbeek, bestuurslid

Hans Vlek, voormalig medisch manager

Deelnemerslijst - overige

Jan Bennink, bestuurslid CHV Gelders Rivierenland, toehoorder

Patricia Jansen, coördinator CONNECT, spreker
Elly de Vree, projectcoördinator CONNECT

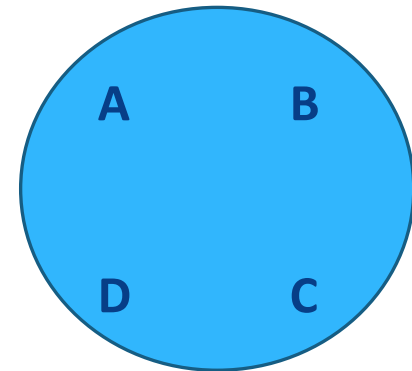
Guy Schulpen, medisch directeur ZIO, spreker
Theo Voorn, avondvoorzitter

Robert Paquay, extern adviseur Damhuis Elshout Verschure

Even nader kennismaken

Ik ken hier in de zaal:

- A. Bijna iedereen
- B. Bijna iedereen van gezicht, maar een aantal van naam
- C. De helft van de aanwezigen
- D. Eigenlijk bijna niemand



Doel van deze conferentie



Programma

- 17.30 Opening met kennismaking – Theo Voorn
- 17.45 Programma + achtergrondinformatie – Patricia Jansen
- 18.00 Interview vertegenwoordigers doorbraakprogramma
- 18.30 Inspiratie uit het Zuiden – Guy Schulpen
- 19.00 Buffet, start werkgroepen
- 20.15 Plenaire terugkoppeling uit werkgroepen
- 20.45 Conclusie en afsluiting
- 21.00 Naborrelen

Voorgeschiedenis

- * 2005 MCC Rivierenland i.o.
- * 2008: Stichting Connect opgericht
- * Jan 2011: initiatief geboren voor doorbraak ECT, ZRT, Menzis
- * Eind 2011: CHV wil eerst eigen visie ontwikkelen
Bestuur ECT/HCT wil wel graag voortgang verbeteren structurele samenwerking
- * jan 2012: ECT/HCT en ZRT nemen voortouw met instemming CHV

Doorbraakconferentie juni '12

* 21 juni 2012 Doorbraakconferentie in Bellevue met:

- 8 huisartsen ECT + 1 huisarts CHV
- 6 medisch specialisten ZRT
- 4 bestuurders/managers (ZRT+ECT)
- 1 medewerker Menzis

=> Initiatiefgroep opgericht

Jan Sundermann, Hans Vlek, Paul Verploegen, Ries de Keijzer, Károly Illy,
Patricia Jansen, extern adviseur Robert Paquay

=> Doorbraakprogramma geschreven, okt 2012 concept gereed

Na de Doorbraakconferentie juni '12

- * Doorbraakprogramma besproken met Menzis
- * Programma uitgewerkt naar Samenwerkingsovereenkomst
Vijf partijen: Medische Staf ZRT
Huisartsen Collectief Tiel
Bestuur ZRT
Bestuur ECT
Menzis

Definitie

Anderhalvelijnszorg, transmurale zorg, ontschotting, substitutie, geïntegreerde eerstelijnszorg, samenwerken, integratie, medische coördinatie.....

=> **Geïntegreerde Zorg Tiel** (later Rivierenland)

Piramide van Schippers: ontzorgen

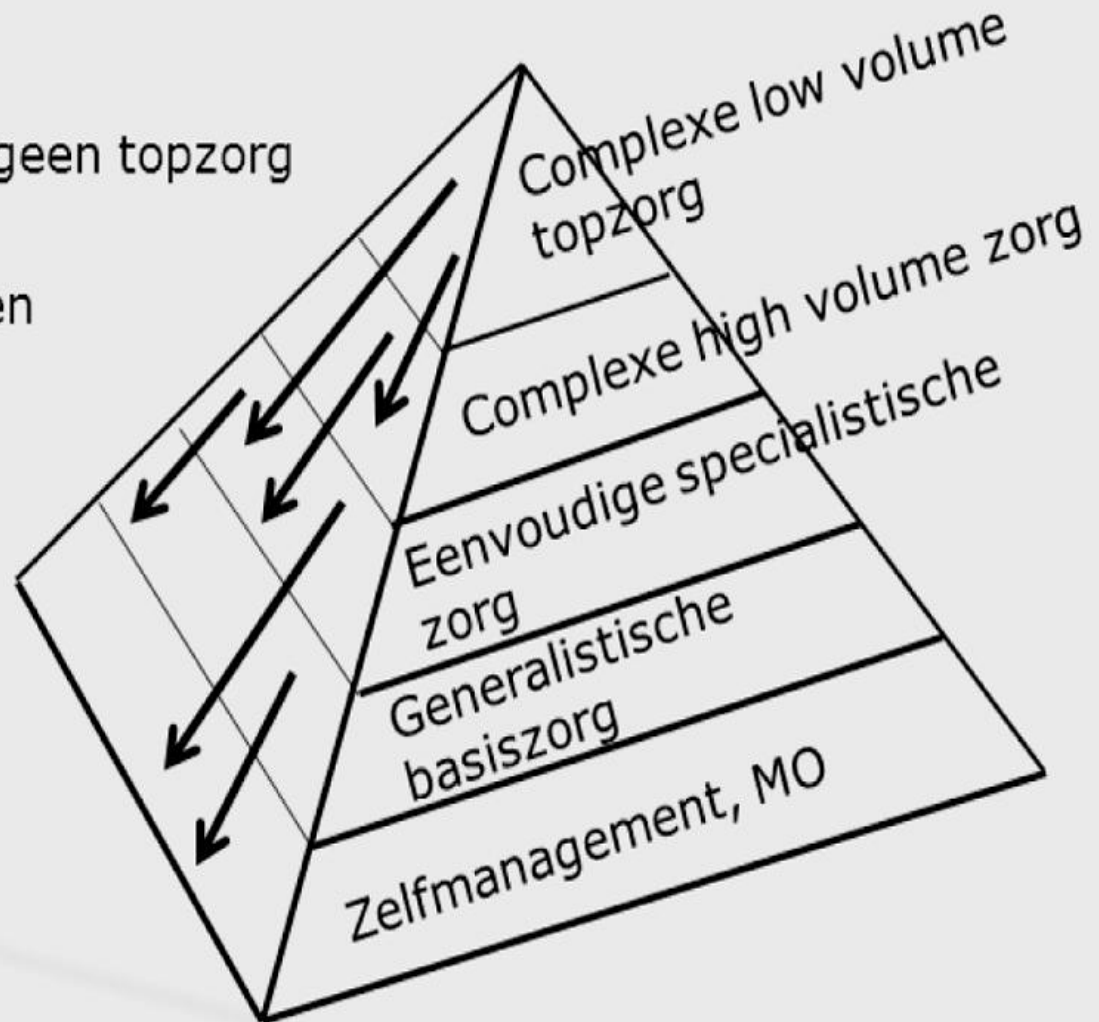
Liesbreuk is geen topzorg

Vetknobbeltje is geen
specialistische zorg

Eenzaamheid is geen
huisartsenzorg

Maatschappelijk werk is
geen GGZ

Zelfmanagement is geen
dokterswerk



Waarom?

Uit het regeerakkoord (2012):

- * Een derde prioriteit betreft het bevorderen van **(regionale) samenwerking** tussen zorgaanbieders. Dure, complexe en acute zorg willen we concentreren; minder complexe zorg organiseren we **dichter bij de mensen**. Beide is goed voor **kwaliteit én kosten**.

Waarom?

Twoe of meer chronische ziekten 2008-2011

totale bevolking, per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Percentage

20,0 - 21,3

21,3 - 22,6

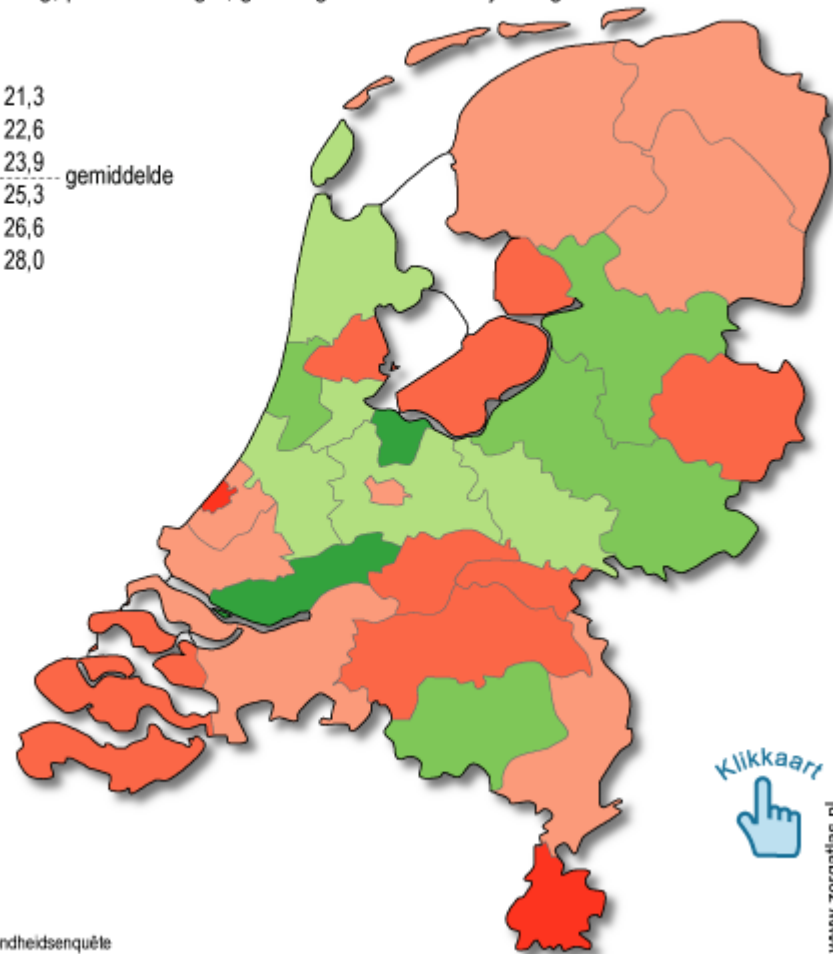
22,6 - 23,9

23,9 - 25,3

25,3 - 26,6

26,6 - 28,0

gemiddelde



Bron: CBS Gezondheidsenquête

Waarom?

Overgewicht 2008-2011

bevolking 20 jaar en ouder, per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Percentage

40,5 - 42,9

42,9 - 45,4

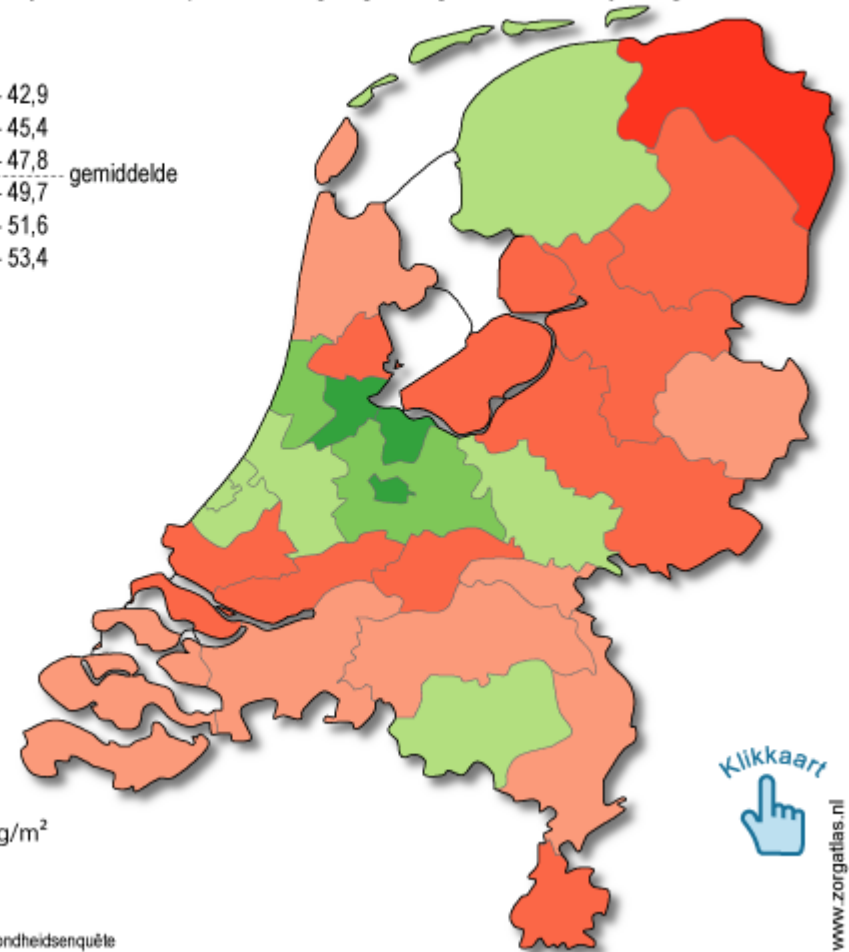
45,4 - 47,8

47,8 - 49,7

49,7 - 51,6

51,6 - 53,4

gemiddelde



BMI ≥ 25 kg/m²

Bron: CBS Gezondheidsenquête

Klikkaart

www.zorgatlas.nl

Waarom?

Rokers 2008-2011

bevolking 12 jaar en ouder, per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Percentage

23,3 - 24,3

24,3 - 25,3

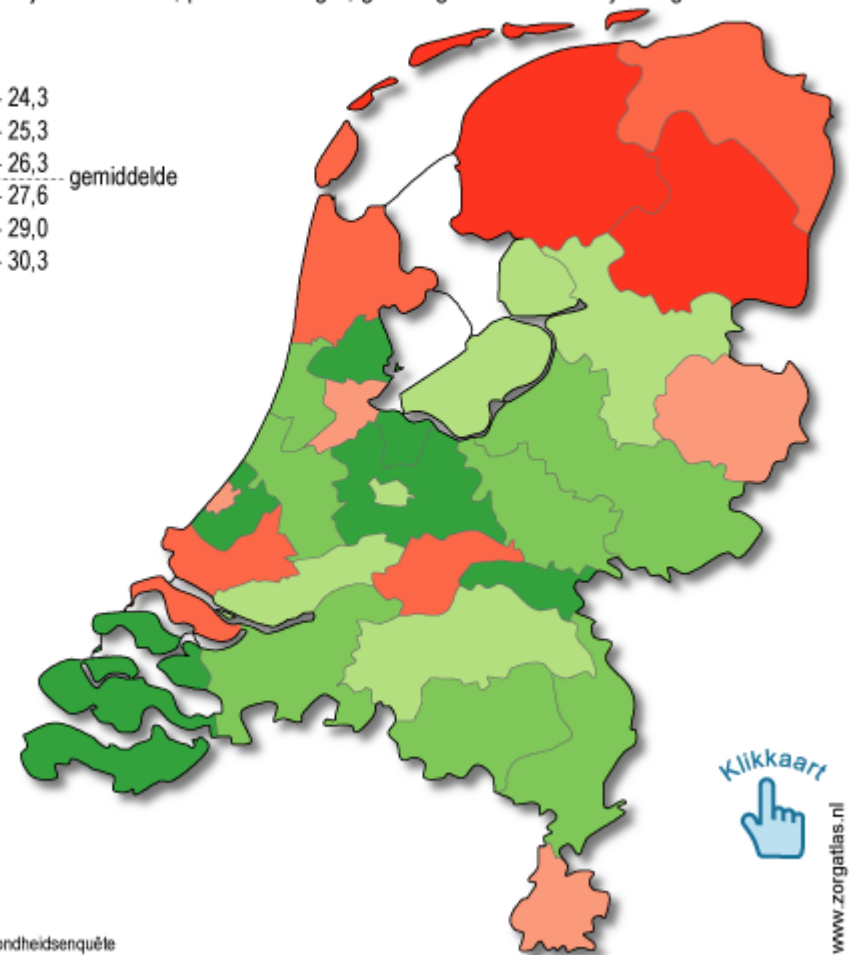
25,3 - 26,3

26,3 - 27,6

27,6 - 29,0

29,0 - 30,3

gemiddelde

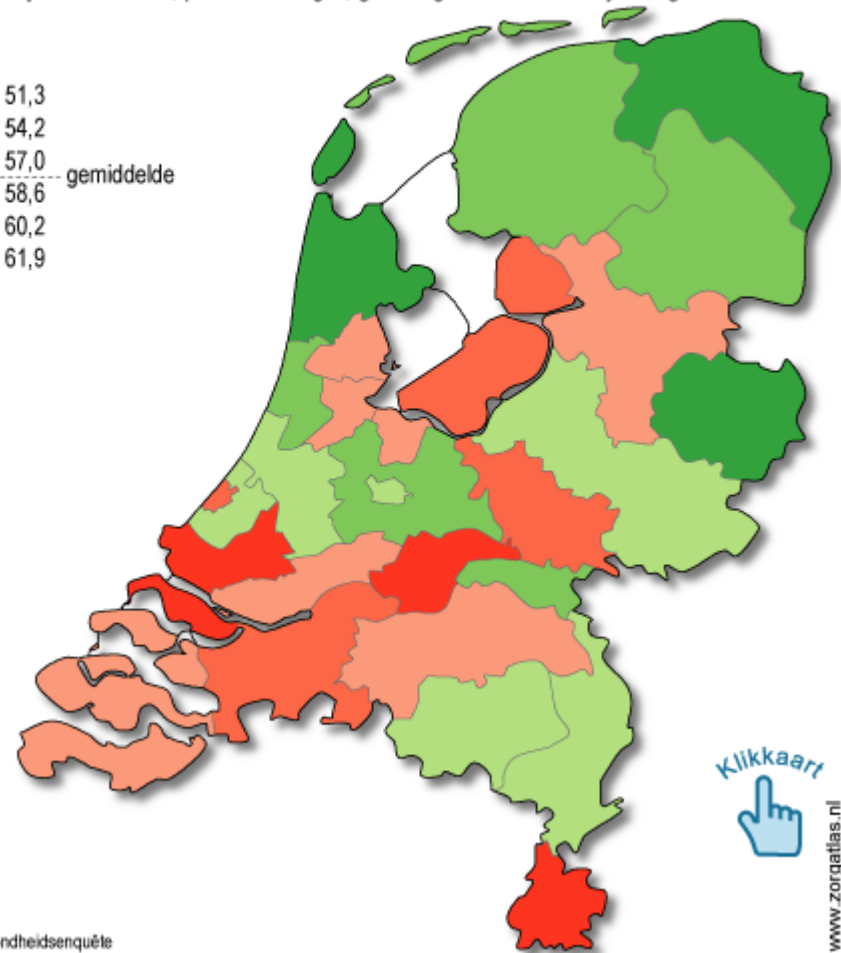
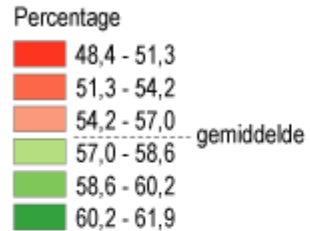


Bron: CBS Gezondheidsenquête

Waarom?

Norm gezond bewegen 2008-2011

bevolking 12 jaar en ouder, per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht



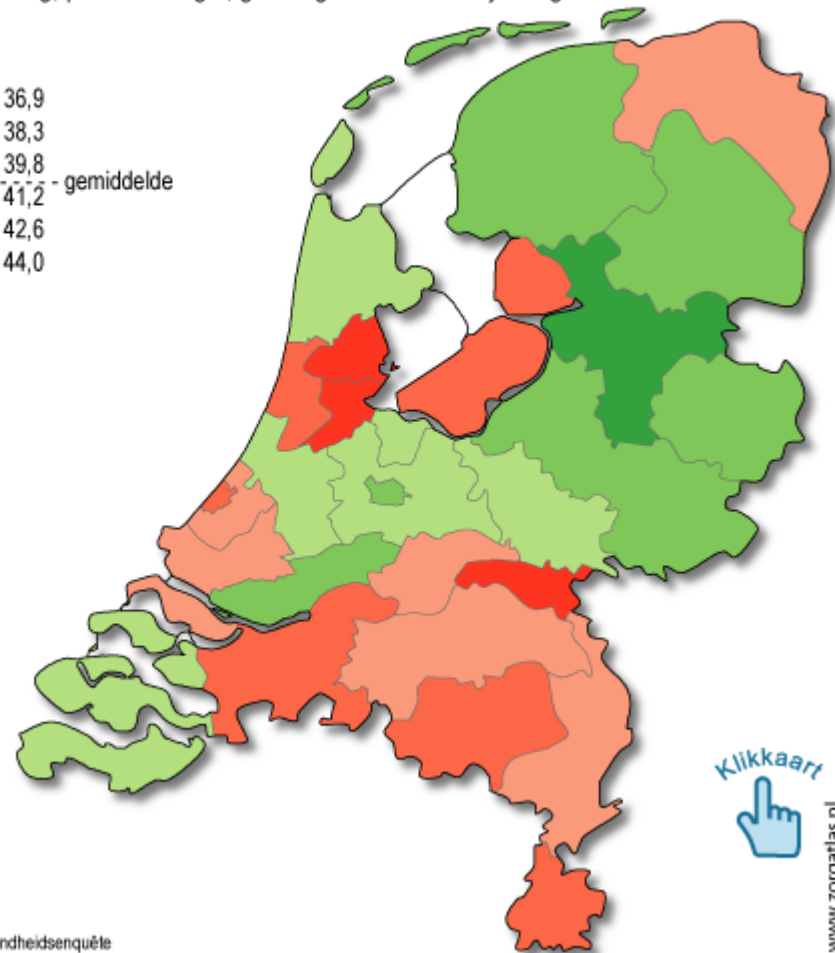
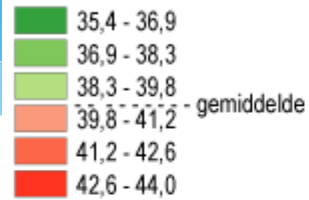
Bron: CBS Gezondheidsenquête

Waarom?

Jaarlijks contact met specialist 2008-2011

totale bevolking, per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Percentage



Bron: CBS Gezondheidsenquête

Waarom?

Jaarlijks contact met huisarts 2008-2011

totale bevolking, per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Percentage

69,1 - 70,3

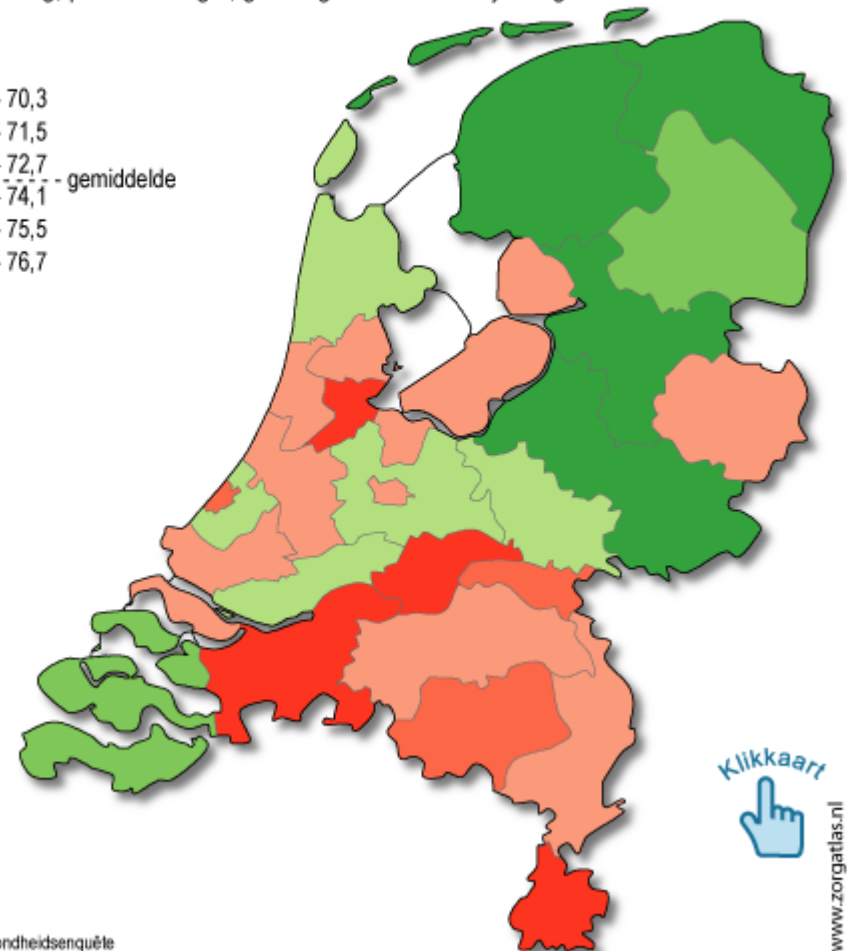
70,4 - 71,5

71,5 - 72,7 - gemiddelde

72,8 - 74,1

74,2 - 75,5

75,6 - 76,7



Bron: CBS Gezondheidsenquête

Waarom?

“Ik hoop wel dat Ruwaard bijdraagt aan het besef bij ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten dat **het niet tijdig maken van goede strategische keuzes de continuïteit van het ziekenhuis in gevaar kan brengen**”

“Het is niet logisch en vanzelfsprekend dat een ziekenhuis over een paar jaar hetzelfde doet als nu”

Michel van Schaik, directeur gezondheidszorg Rabobank (NRC 26 juni 2013)

Visie: Triple aim



Interview vertegenwoordigers initiatiefgroep



Theo Voorn interviewt Paul Verploegen en Jan Sündermann

patiënt ervaart...



- * geïntegreerde integrale, persoonsgericht zorg
- * samen met zijn huisarts de regie over de zorg
- * één geïntegreerd zorgplan en digitaal dossier
- * focus gericht op gezondheidswinst en bevorderen gezonde leefstijl
- * zorg dicht bij de burger

zorgverlener ervaart...



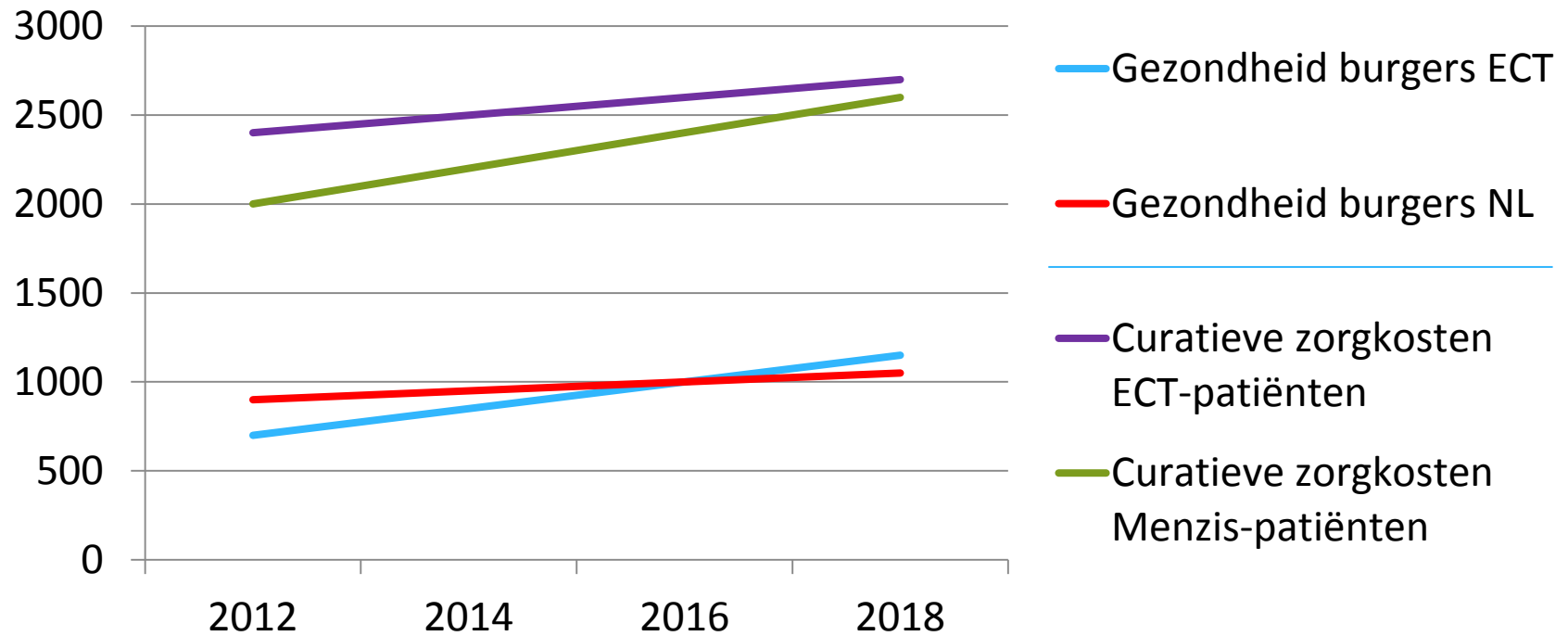
- * hogere kwaliteit van zorg (service, communicatie, toegankelijkheid, veiligheid)
- * hogere tevredenheid patiënten
- * meer werkplezier zorgverleners

zorgverzekeraar ervaart...



- * Ombuiging van de macro-kostenstijging van de verzekerden van Menzis voor curatieve zorg

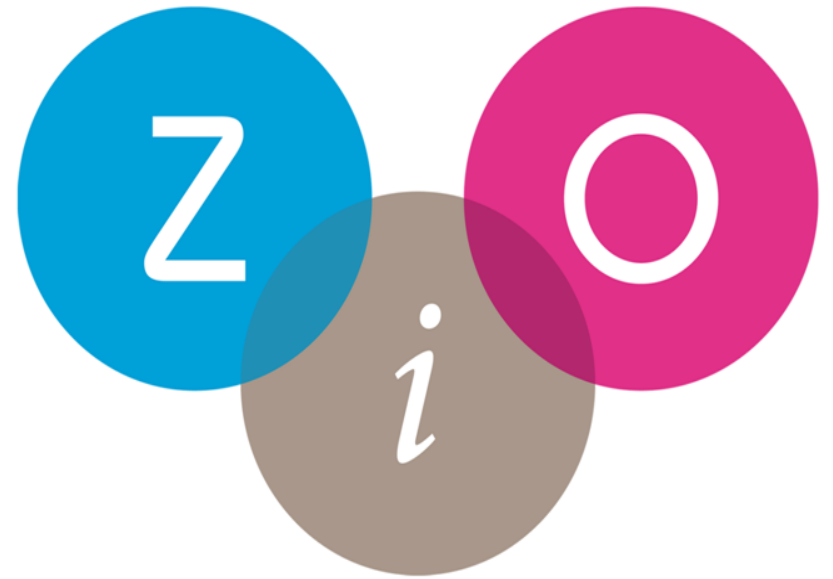
Ambitie ontwikkeling van gezondheid en zorgkosten



Inspiratie uit het Zuiden

Dhr. Guy Schulpen,
Voorzitter ZIO (Zorg in Ontwikkeling)



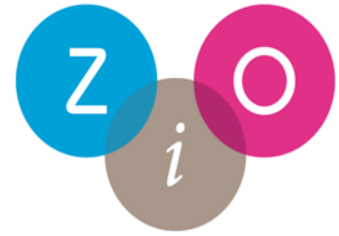


Zorg in Ontwikkeling

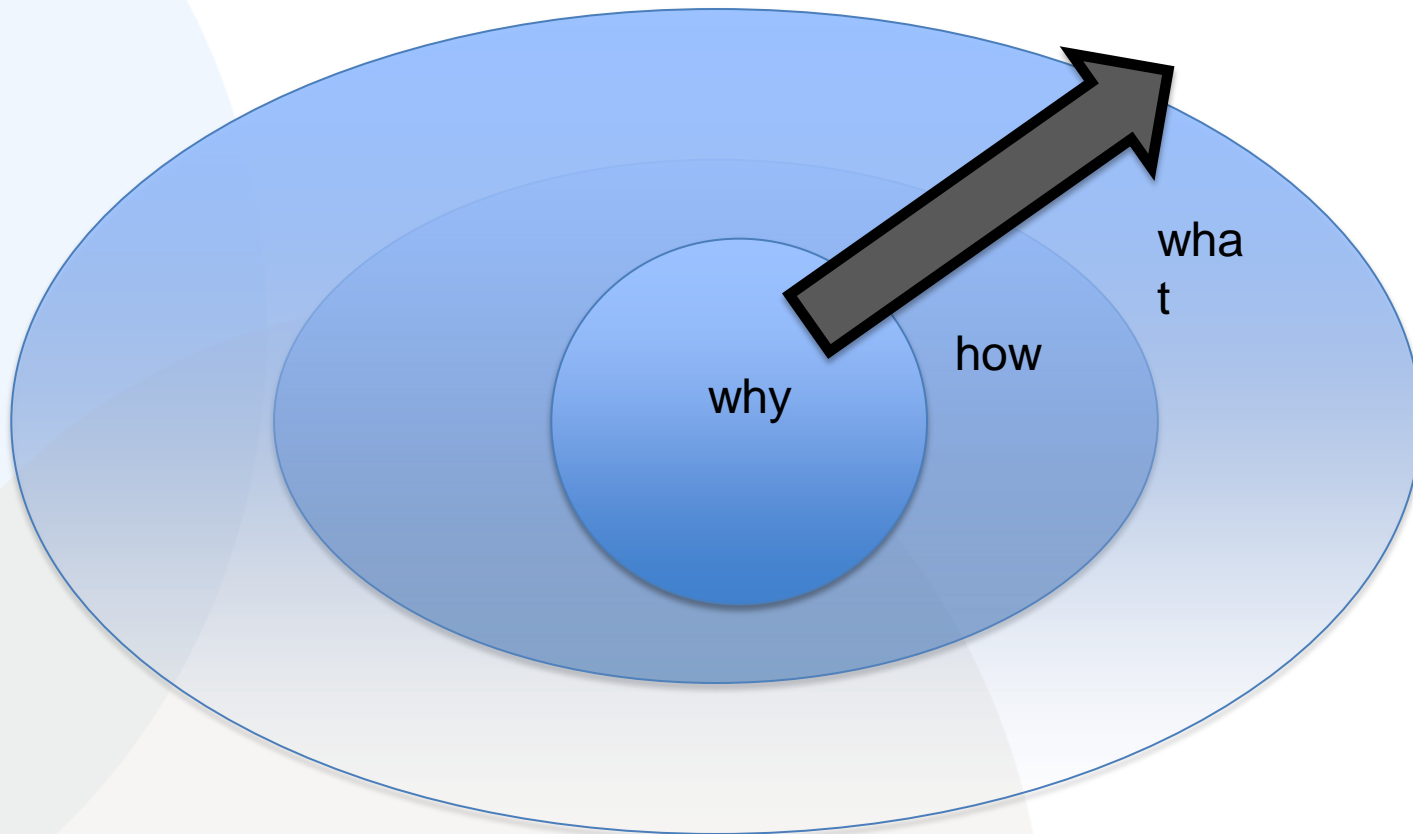
Guy Schulpen



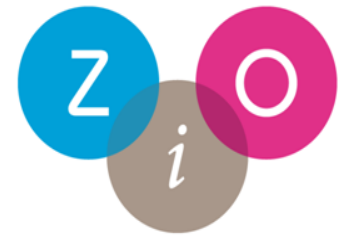
Simon Sinek



Golden Circle



De Buitenwereld

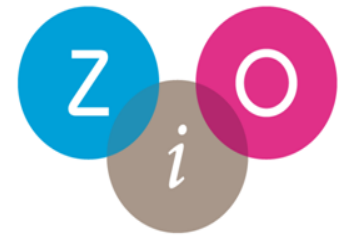


1975	10 MLD
1985	20 MLD
1995	30 MLD
2000	48 MLD
2005	68 MLD
2010	88 MLD

2012 + 3 MLD
(3,6% groei)



De Buitenwereld



We betalen per norminkomen 25%

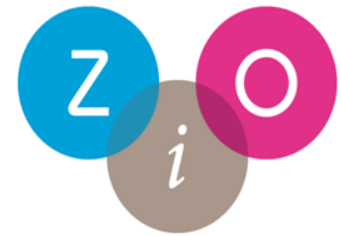
Naar 2040 + 24% (14% consumptief)

Beaumol effect, technologie

Kubus van de zorg:

- Meer comfort-kwalen (kaalheid)
- Minder ziektelast (verkoudheid)
- Grotere populatie

De Buitenwereld



Extramuralisatie ZZP 1-4

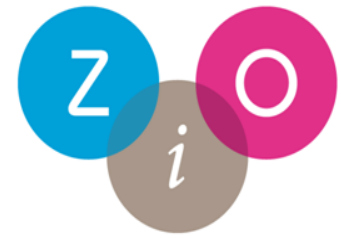
Basis GGZ

Jeugdzorg

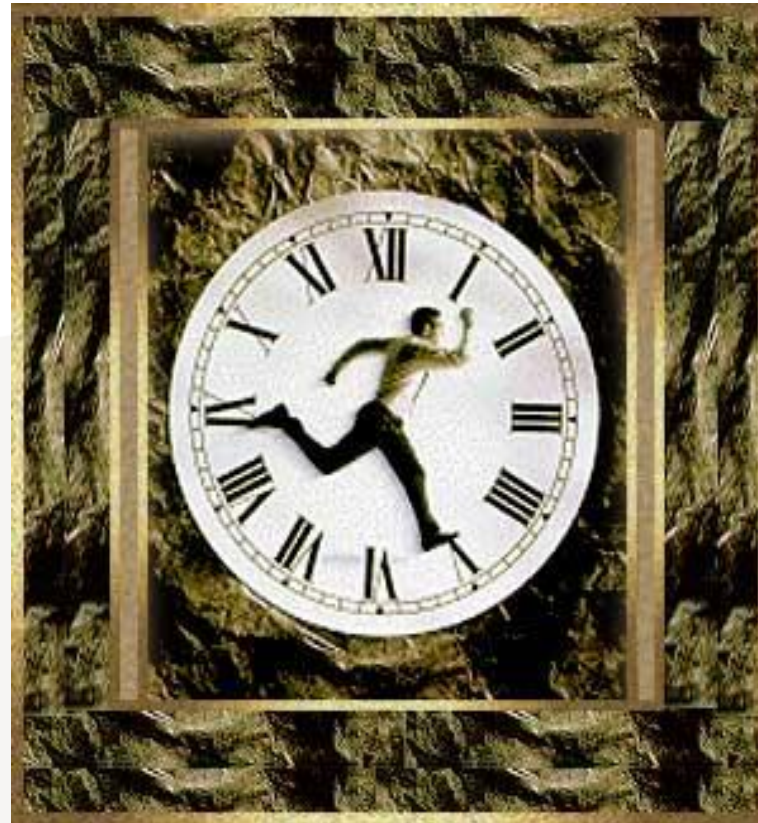
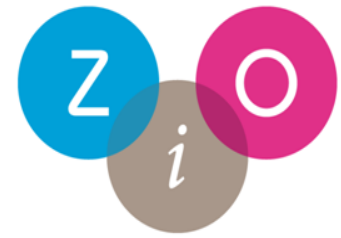
Tweedelij

Enzovoort.....

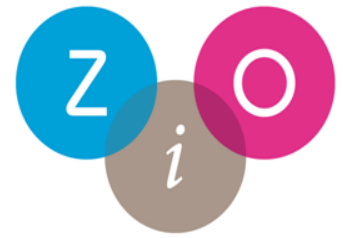
Waar gaat het niet over?



Eigen tempo, eigen regie

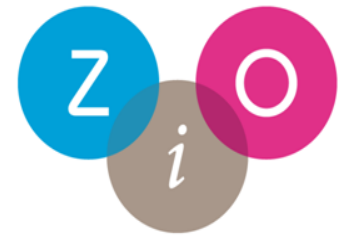


Inzicht 2



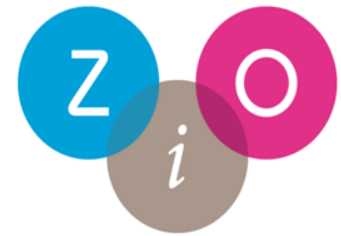
X ← your problem

Het treft ons.....



met de voeten in de klei

Dus.....



De zorg van de huisarts omvat dus ook:

Overige eerste lijn,

GGZ,

Jeugd,

Tweede lijnszorg

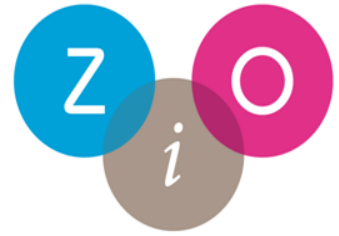
Farmacie

Diagnostiek,

AMW

Enzovoort.

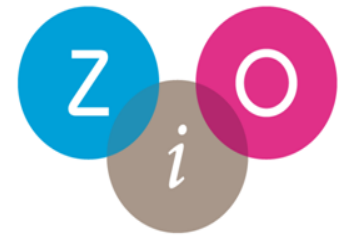
En dan....



Dat kunnen we niet alleen, ik heb het al zo druk,
het is niet leuk meer.....

Dus we moeten ons verenigen, ons sterk maken in
collectief,
ons laten ondersteunen, onze frustraties (laten)
oplossen.

Waar staan wij voor?



Aanspreekbare kwaliteit van zorg

En daar staan we samen voor

In de overtuiging dat we
alleen te weinig kunnen
bieden.

1 voor allen, allen voor 1





Tafelgroepen / buffet

- * 7 groepen (ronde tafels)
- * Elke tafel eigen onderwerp (zie flap aan muur)
+ stapel samenwerkingsovereenkomsten
- * Kies je onderwerp, eet aan die tafel, lees de overeenkomst, kies je voorzitter, en discussieer adhv de vragen
- * Rond 20.15 plenaire terugkoppeling

Toekomstbeeld van de gezondheidszorg in onze regio

onderverdeeld naar zeven kernpunten:

1. De patiënt ervaart integrale, persoonsgerichte zorg
2. De patiënt voert samen met zijn huisarts de regie over de zorg
3. Per patiënt is er één geïntegreerd zorgplan en digitaal dossier
4. De focus is gericht op gezondheidswinst en bevorderen gezonde leefstijl
5. Zorg dicht bij de burger in wijkgerichte eerstelijnscentra
6. Huisartsen en ziekenhuis vormen één organisatie (functioneel)
7. Financiële ambities gericht op 'shared saving' (regiobekostiging)

Vragen voor de tafelgroepen

1. Wat spreekt u het meeste aan bij dit thema?
 2. Wat mist u nog bij dit thema?
 3. Wilt u bijdragen aan realisatie van de geformuleerde ambitie? Wat mogen we van u verwachten?
 4. Wat vergt het van anderen om deze ambitie te verwezenlijken?
 5. Bent u bereid dit samenwerkingsinitiatief te verdedigen binnen uw geleding?
-
6. Met welke resultaten/projecten moeten we starten?
 7. Welke randvoorwaarden moeten als eerste opgepakt worden?

Tafelgroep 7

7. FINANCIËLE AMBITIES GERICHT
OP 'SHARED SAVING'
(REGIOBEKOSTIGING)

Tafelgroep 7



7. Financiële ambities gericht op 'shared saving' (regiobekostiging)

- Naar één geïntegreerd bedrijf
- Inclusief jeugd- en ouderenzorg
- 1 collectief!
- Geen oneigenlijke financiële prikkels meer
- Gedeeld budget, gedeelde risico's
- Inclusief WMO etc?

Tafelgroep 6

6. HUISARTSEN EN ZIEKENHUIS
VORMEN EEN ORGANISATIE
(FUNCTIONEEL)

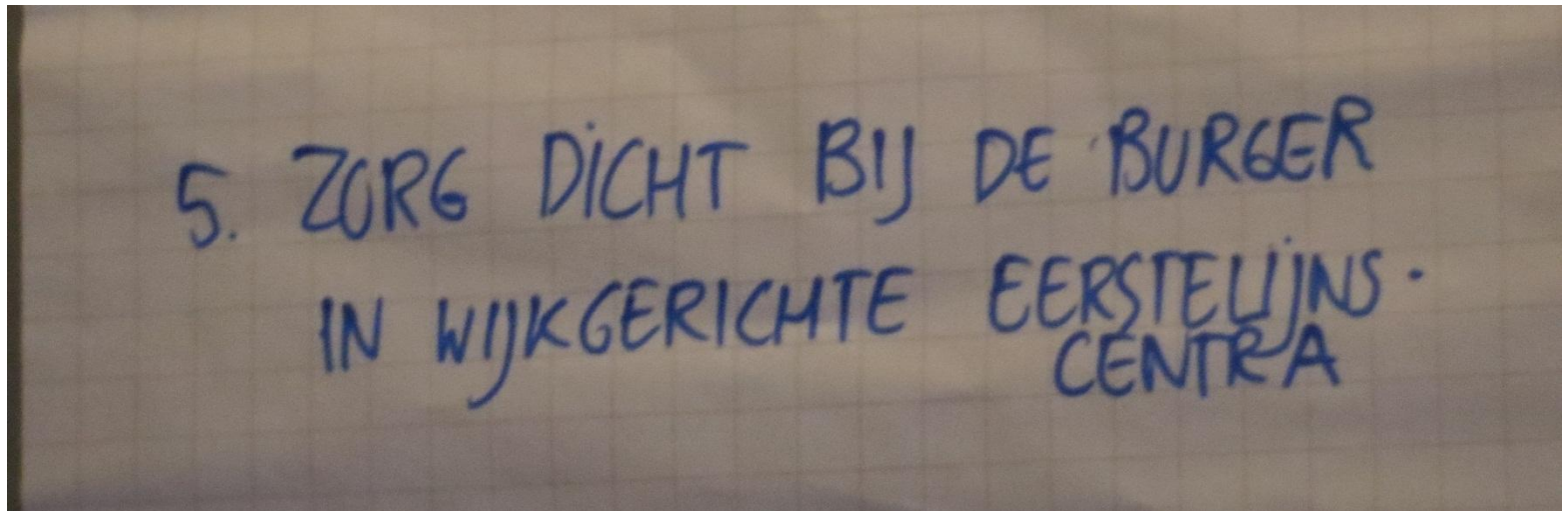
Tafelgroep 6



6. Huisartsen en ziekenhuis vormen één organisatie (functioneel)

1. Wat spreekt aan: Samenwerken kan alléén zonder anonimiteit
Doel is erkend maatschappelijk belang, nl. kosten ↓ of =
2. We missen nog: een regisseur, en het gevoel van 1+1=3
3. Alle 9 leden van de groep willen er aan bijdragen om één organisatie te maken, voelen, worden, en zijn bereid dit gemeenschapsgevoel te delen en te voeden
4. Wat kunnen andere bijdragen?: Luisteren, begrip tonen, medewerking verlenen, en geen gezeik!
5. Volledig bereid tot verdedigen in eigen geleding
6. Starten met: Bedrijfsmatig plan
7. Randvoorwaarden: geld / tijd / kwaliteit
 - Nog meer gemeenschapsgevoel krijgen
 - Er zijn meerdere waarheden, daar moeten we wel rekening mee houden.

Tafelgroep 5



Bij dit onderwerp heeft zich geen groep gevormd

Tafelgroep 4

4. DE FOCUS IS GERICHT OP
GEZONDHEIDSWINST EN
BEVORDEREN GEZONDE LEEFSTIJL

Tafelgroep 4



4. Focus is gericht op gezondheidswinst en bevorderen gezonde leefstijl

1. Wat spreekt aan:

De uitgangspunten: - patiënt centraal
- één zorglijn / continuüm

2. Belangrijke aandachtspunten:

- communicatie stroomlijnen: één verhaal naar patiënt, afstemming zorgverleners (verwachtingen, helderheid)
- gebruik elkaars expertise (en laat dit blijken aan patiënt)
-> concrete afspraken per patiëntgroep!

3. Zelf wil de groep bijdragen: laagdrempeligheid en vertrouwen

4. Dit geldt ook voor de bijdrage van anderen

4. Focus is gericht op gezondheidswinst en bevorderen gezonde leefstijl

- Meer actief zijn richting het ontstaan van ziekten. Verder naar voren schuiven in het traject levert belangrijke gezondheidswinst op. Maar hoe?
- Uit gesprekken met Zorgbelang is naar voren gekomen dat het loont om de patiënt zelf te betrekken bij 'de organisatie' van deze preventie (laat iemand met DM2 maar eens uitleggen wat leefstijlverandering kan voorkomen, of wat therapietrouw kan opleveren).

Tafelgroep 3

3. PER PATIËNT IS ER
EËN GEïNTEGREERD ZORGPLAN
EN DIGITAAL DOSSIER

Tafelgroep 3



3. Per patiënt is er één geïntegreerd zorgplan en digitaal dossier

1. Wat spreekt aan: Geïntegreerd, alle cure en care, eigen verantwoordelijkheid patiënt / patiënt probleemeigenaar worden
=> uiteindelijk regionaal één dossier!
2. Aanvullingen:
 - de praktische uitvoering (bijv. kunnen de systemen (HIS/KIS en EMD/EPD) gekoppeld worden?)
 - privacy (autorisatie, van wie en waarvoor?)
 - toegang voor patiënt (portalen)
3. Eigen bijdrage: kleinschalig in één specialisme proberen/beginnen

3. Per patiënt is er één geïntegreerd zorgplan en digitaal dossier

4. Bijdrage anderen:
 - Vertrouwen in elkaar
 - Aan elkaar denken
 - Hoe bereik je de patiënt (communiceren met patiënt)
5. Bereidheid tot verdediging in eigen geleding: Ja, mits het kostenbesparend is (dubbele diagnostiek vermijden), voordeel heeft voor de patiënt, en werkt.
6. Randvoorwaarden:
 - draagvlak bij specialisten?
 - ICT regiobreed (ontschot)
 - Raamwerk

Tafelgroep 2

2. PATIENT VOERT SAMEN
MET ZIJN HUISARTS DE
REGIE OVER DE ZORG

Tafelgroep 2



2. Patiënt voert samen met zijn huisarts de regie over de zorg

1. Wat spreekt aan:
 - Het hoort zo, geeft patiënt meer verantwoordelijkheid
 - Multimorbiditeit, oudere patiënt
 - Voorkomt meerdere kapiteins op 1 schip/dubbele diagnostiek
2. Aanvullingen: Structureren overleg richting dynamische samenwerking
3. Eigen bijdrage: Meer consulteren dan doorverwijzen

2. Patiënt voert samen met zijn huisarts de regie over de zorg

- Voorbeeld: project 'kwetsbare oudere' met 1 casemanager
- Lijnen nog korter!
- Maak één maatschapslid vrij voor overleg met de huisarts
- Een 'ouder' maatschapslid gaat op consultatie in huisartspraktijken
- Medisch specialisten mogen huisarts meer bevragen ('maak meer gebruik van onze kennis van de patiënt!') bij bijv. opname

Tafelgroep 1

1. PATIENT ERVAART
INTEGRALE PERSOONSGERICHTE
ZORG

Tafelgroep 1



1. Patiënt ervaart integrale, persoonsgerichte zorg

1. Wat spreekt aan: Regie begintraject, onderwijs en opvoeding
win – win <-> vertrouwen!
2. Aanvullingen: Wie is nu verantwoordelijk?
Concreet maken per patiëntengroep
3. Eigen bijdrage: Indien bewezen (is er evidence?) en/of gefinancierd
4. Bijdrage anderen: Patiënt (veel), GGD (?), scholen (?), overheid?
5. Bereidheid tot verdediging in eigen geleding:
Nog niet, ivm kennisachterstand over inhoud.

Terugkoppeling uit tafelgroepen

Vertegenwoordigers ondertekenende partijen reageren elke keer op de terugkoppeling vanuit de tafelgroepen:

- Paul Verploegen
- Jan Sundermann

Samenvatting samenwerkingsovereenkomst

Hieronder volgt een samenvatting van de inhoud van de samenwerkingsovereenkomst. Deze is wel gepresenteerd, maar kon niet meer uitgebreid besproken worden uit tijdgebrek.

In 2014 te bereiken



Geen

- Dubbele diagnostiek
- Overbodige diagnostiek en overbehandeling



Minder

- Disfunctionele wachttijd in diagnostiekproces
- Verwijzingen van HA naar specialist
- Interspecialistische verwijzingen
- Ziekenhuis opnames



Meer

- One stop shopping waar nuttig



Beter

- Snel consultatie specialist
- Snellere terugverwijzing naar HA
- Gezamenlijke goedkopere inkoop diagnostiek
- Ervaren gezondheidswinst patiënt

In 2014 te bereiken

- * de patiënt merkt dat zijn zorgbehoefte centraal staat
- * ervaren gezondheidswinst voor de patiënt
- * betere, door de patiënt ook daadwerkelijk ervaren, kwaliteit van zorg

In 2014 te bereiken

- * Focus op versterking eerstelijnsdiagnostiek
- * Mogelijkheden uitbreiden
- * Conditie vastgelegd in Service Level Agreement (SLA)
- * Meest geschikte vorm kiezen



In 2014 te bereiken



- * Huisartsen toegang tot diagnostische patiëntgegevens in ZIS, tevens aanvraagmogelijkheid
 - * medisch specialisten toegang tot KIS
- => Opstap naar volledig gemeenschappelijk patiëntendossier

In 2014 te bereiken

Geïntegreerde zorgprogramma's voor Diabetes, COPD en CVRM:

- * bestaande zorgprogramma's regio als uitgangspunt
- * zorgdoelen vanuit patiëntperspectief
- * vastgelegd in een IZP (Individueel Zorg Plan)
- * incl. specialistische consultatievormen
- * multidisciplinaire teams kenniseigenaar, HA regio programma's
- * 90% inclusie

In 2014 te bereiken

- * Voor 2 tot 4 specialismen belangrijke verdergaande slag in samenwerking tussen HA en MS op weg naar **volledige ontschotting** van alle **medische zorg** aan **bepaalde patiëntencategorieën**, bijvoorbeeld:



- oncologische patiënten
- kinderen
- ouderengeneeskunde
- ...

Randvoorwaarden

- * voor elk project
 - plan van aanpak
 - business case
 - heldere KPI's
- * HA en MS investeren hun tijd zover mogelijk binnen het kader van reeds overeengekomen zorg-aanbodplan
- * Menzis levert capaciteit voor projectmanagement en extern onderzoek
- * Continue monitoring
- * Evaluatie door onafhankelijke partij

Ondersteuning

- * Investerings vinden plaats op basis van door partijen goedgekeurde business cases per project
 - * afspraken over hoe investeringen c.q. innovaties tijdens de 'proeftuin-fase' worden bekostigd
 - * hoe de investeringskosten zich verhouden tot het gewenste groeipercentage
 - * hoe een bonus/malus-systeem kan worden vormgegeven (shared savings).

Ondersteuning

- * CONNECT
- * Menzis levert capaciteit voor projectmanagement en extern onderzoek
- * Andere partijen bijv. Zorgbelang, stichting Oogg

Hoe nu verder?

- * Definitieve tekst (ACM proof)
- * Besluitvormingstrajecten vijf partijen
- * Formeren stuurgroep, werkgroepen, projectgroepen
- * Eén jaar na ondertekening:
 - Evaluatie lopende projecten
 - Nieuwe afspraken voor 2014 en daarna
- * ECT, ZRT en Menzis committeren zich voor een periode van minimaal 5 jaar aan dit programma

Borrel