



Bespreeknotitie Integrale Medische Ouderenzorg - regio GVA

De Huisarts en de Specialist Ouderengeneeskunde als twee-eenheid.

1 Inleiding

Het zorglandschap van kwetsbare ouderen en doelgroepen kent een toenemende dynamiek. Enerzijds neemt de zorgvraag steeds verder toe door de stijging van het aantal ouderen. Waarbij ook de complexiteit van de zorgvraag toeneemt. Anderzijds zien we dat er een steeds grotere beweging van verplaatste zorg op gang komt. Deze beweging leidt ertoe dat zowel de ziekenhuiszorg als de verpleeghuiszorg zich steeds meer gaat verplaatsen naar zorg op afstand en/of zorgvormen die passen bij de thuissituatie. Een ontwikkeling naar thuis die overigens ook noodzakelijk is, omdat de stijging van de zorgvraag anders een groot appel zou moeten gaan doen op uitbreiding van kostbare zorgvoorzieningen en capaciteit.

2 Aanleiding

Naast de ontwikkelingen in het zorglandschap speelt er nog een ander belangrijk vraagstuk, namelijk het capaciteitsvraagstuk van medische zorg binnen kleinschalige woonvormen. In beginsel is deze vraag naar medische zorg vanuit de kleinschalige woonvormen belegd bij de huisartsen. Zij zien deze zorgvraag de afgelopen jaren aanzienlijk stijgen en complexer worden waardoor steeds vaker ook de SO in consult wordt geroepen. Inmiddels speelt dit vraagstuk al lang niet meer alleen binnen de kleinschalige woonvormen. Regelmatig wordt de huisarts ook in verpleeghuizen en vanuit thuissituaties overvraagd met complexe medische zorgvragen van kwetsbare doelgroepen en ouderen. Deze complexe medische zorgvragen behoeven steeds vaker de expertise van de SO. Tenslotte komt het regelmatig voor dat ook in het verpleeghuis eerder dan voorheen een beroep op de SO wordt gedaan met de huisarts als hoofdbehandelaar. Hier speelt de kwestie van capaciteit en continuïteit van medische zorg waarbij de SO en de HA steeds vaker in een 'medisch samenwerkingsvraagstuk' belanden. Voor dit vraagstuk zijn op moment binnen het huidige zorgsysteem geen structurele oplossingsrichtingen beschikbaar.

3 Continuïteit van medische zorg

Deze bespreeknotitie schetst een beeld van de consequenties van het capaciteitsvraagstuk in termen van beschikbaarheid, bereikbaarheid en inzetbaarheid van medische zorg nu, straks en later i.r.t. tot bovengenoemde ontwikkelingen. Waarbij eens en te meer duidelijk is geworden dat de reikwijdte van prestaties passend bij de huidige zorgvraag in combinatie met het tekort aan SO's en andere zorgprofessionals, een blijvend knelpunt is die de continuïteit van de medische zorg in de weg staat.

4 Opgave(n)

De insteek is om in beeld te brengen welke vraagstukken ten grondslag liggen aan het vraagstuk van de inrichting van een integrale medische ouderenzorg voorziening (verder IMOZ). Bij IMOZ dragen de SO en de HA als een twee-eenheid samen zorg voor de continuïteit van de medische zorg voor kwetsbare ouderen en doelgroepen in de regio Gooi, Vechtstreek en Almere. Met als doel de garantie van beschikbaarheid, bereikbaarheid en inzetbaarheid van medische zorg voor elke bewoner in de regio.

De integratie van deze twee medische disciplines tot een IMOZ brengt diverse integratievraagstukken met zich mee. Om te komen tot een overzicht van deze vraagstukken is gebruikt gemaakt van het regenboogmodel (Essenburg, 2019¹).

¹ <https://www.essenburgh.com/blog/met-het-regenboogmodel-werken-aan-value-based-healthcare-van-start-up-naar-succesformule>

Het Regenboogmodel vat de verschillende domeinen en niveaus van integrale medische zorg weer. In het Regenboogmodel worden vier domeinen onderscheiden:

1. Klinische integratie (*micro niveau*) → samenwerking tussen cliënt/patiënt en zorgverlener.
2. Professionele integratie (*meso niveau*) → samenwerking tussen verschillende professionals.
3. Organisatorische integratie (*meso niveau*) → samenwerking tussen verschillende afdelingen en organisaties.
4. Systeem integratie (*macro niveau*) → invloed van wet- en regelgeving op samenwerking tussen zorgaanbieders.

In het Regenboogmodel staan de behoefte van de cliënt/patiënt centraal. Op basis van de behoefte van een cliënt/patiënt of populatie kunnen klinische, professionele en organisatorische samenwerkingen geïnitieerd worden. Het systeem is vaak een gegeven. Een succesvolle samenwerking wordt uiteindelijk bepaald door de balans tussen de randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden kunnen functioneel zijn – denk aan financiering, ICT, datamanagement – of normatieve randvoorwaarden, zoals visie en belangen (Essenburgh, 2019²).



Hierna worden de verschillende vraagstukken per domein toegelicht. Om te komen tot een structurele oplossing voor het capaciteitsprobleem van medische zorg voor kwetsbare ouderen en doelgroepen door de samenwerking van de HA en de SO tot een integraal medisch zorgteam in de regio Gooi, Vechtstreek en Almere.

5. Integratievraagstukken

5.1 Integratievraagstukken op systeemniveau

Binnen het systeem domein zijn een viertal vraagstukken onderkend.

Vraagstuk 1 MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID

Maatschappelijke verantwoordelijkheid speelt een belangrijke rol als we kijken naar de aanwezigheid van medische zorg. Dit vraagstuk begint bij het onderzoeken vanuit welk verantwoordelijkheidsperspectief er gekeken wordt naar de aanwezigheid en beschikbaarheid van medische zorg. Om vervolgens te bepalen wie er verantwoordelijkheid neemt om het capaciteitsvraagstuk op te pakken en het systeem zo in te richten dat er tijdige, volledige en juiste

² <https://www.essenburgh.com/blog/de-toegevoegde-waarde-van-integrale-zorg>



medische zorg beschikbaar is en blijft voor kwetsbare doelgroepen en ouderen. Hierbij dienen deelvragen als SO-bereik en aanrijdtijd, SO-bereikbaarheid, SO-beschikbaarheid, SO-inzetbaarheid in samenwerking met de HA uitgezocht en beantwoord te worden.

De toegankelijkheid van integrale medische zorg vanuit systeemniveau vraagt om systeemantwoorden rond spoedzorg SO-HA (bijv. 30 minuten), basiszorg SO-HA (bijv. 5 werkdagen), gezamenlijk dienst doen en wellicht zelfs de formulering van IMOZ-treknormen als norm voor toegankelijkheid van de geïntegreerde HA-SO zorg (verder IMOZ). Zodat bewoners/cliënten die medische zorg nodig hebben, deze zorg ook daadwerkelijk binnen de nog nader te bepalen treknorm voor aanvaardbare IMOZ-wachttijden ontvangen.

Vraagstuk 2 BOTSSENDE SYSTEMEN

Het systeem van HA-zorg en SO-zorg functioneren gescheiden van elkaar en werken als silo's. Het betrekken van een SO door de HA is omgeven door een veelheid aan bureaucratie. Daarnaast maakt de toegestane tijdsinvestering van een SO het ontoereikend om ondersteuning te bieden aan de HA. Daarmee is een samenwerking tussen de SO en HA op dit moment financieel onhoudbaar. Het inzichtelijk maken van de bestaande HA- en SO-capaciteiten op regioniveau is een belangrijk deelvraagstuk binnen het systeemdomen. Met als interessante sub-vraagstuk welke IMOZ ondersteunende zorgfuncties – zoals PA, VS en/of GZ-psycholoog – samen met de SO en de HA een IMOZ team kunnen vormen, waarin specifieke onderdelen zelfstandig worden ingevuld. De beoogde uitwisselbaarheid dient ook vanuit het perspectief van de patiënt in ogenschouw genomen worden. Daarvoor lijkt het aangrijpingspunt voor de behandeling, in engere zin het geriatrisch kantelpunt (afbeelding Verenso) een benaderingswijze die verder onderzocht dient te worden bij de uitwerking van de IMOZ-functie als pilot.

Vraagstuk 3 NETWERKBESTURING

De ontwikkeling van IMOZ vraagt om verbinding tussen twee zelfstandige zorgsystemen. Het samenbrengen van het HA- en het SO-systeem. Om deze systemen vervolgens door te ontwikkelen naar een gezamenlijke medische zorgfunctie (IMOZ), in engere zin netwerkzorg. Dit vraagt om een herijking van de bestaande governance van de op dit moment zelfstandig functionerende HA- en SO-systemen. De verticale governance voldoet bij een gezamenlijke medische zorgfunctie (IMOZ) niet meer om te komen tot een verantwoorde zorgbesturing. Een horizontale governance structuur treedt op de voorgrond, maar wel geïntegreerd met verticale governance om vorm en inhoud te geven aan netwerkbesturing. Netwerkbesturing die daarmee tevens inspeelt op de behoefte aan regionale zorgbesturing inzake de IMOZ-functie. De bestaande Governancecode (2017) en het rapport Good Governance: een gezamenlijke opgave (Innovatie en Advies Commissie, 2019) vormen daarbij de basis voor de doorontwikkeling van de bestaande verticale en horizontale governance structuren naar een IMOZ governancemodel.

Dit besturingsvraagstuk vraagt betrokkenheid van meerdere partijen waaronder: de Verenso beroepsvereniging, de NHG beroepsvereniging, ACTIZ beroepsvereniging en VWS - directie LZ. Ook het kwaliteitskader onderdeel bestuurder dient in dit vraagstuk te worden meegenomen.

Vraagstuk 4 FINANCIERING en BEKOSTIGING

In de basis kan de HA werken binnen een helder financieringsmodel. Met als specifiek aandachtspunt het budgetplafond binnen de bekostigingssystematiek van huisartsenzorg.

Voor de SO is er geen helder financieringsmodel en is er op meerdere onderdelen sprake van een tekortkoming in de bekostiging. De SO kan terugvallen op een helder financieringsmodel met bijbehorende bekostigingssystematiek voor de volgende medische zorgfuncties:

- Consultfunctie +/+
- Medebehandeling +/+
- Behandelfunctie +/+



Maar de SO kan geenszins beschikken over een helder financieringsmodel en het ontbreekt daardoor ook aan transparantie in de bekostigingssystematiek voor medische zorg t.a.v.:

- Bereikbaarheidsfunctie -/+
- Behandeling op de achtergrond (MDO) -/+
- Adviesfunctie zonder direct contact (met kernmerken van een consult) niet declarabel -/-
- Regiefunctie Multidisciplinaire Zorg -/- voor de MDO partners -/-

De HA kan op onderdelen waar de bestaande systematiek niet dekkend is, terugvallen op een zogenaamde S3 huisartsvergoeding (in overleg met het zorgkantoor vast te stellen).

Deze S3-vergoeding is op dit moment (nog) niet beschikbaar voor de SO-functie.

5.2 Integratievraagstukken op organisatieniveau

Binnen het organisatorisch domein zijn een tweetal vraagstukken onderkend.

Vraagstuk 5 NETWERKORGANISEREN en IMOZ

Het gezamenlijk verantwoordelijk zijn van de HA en de SO voor de continuïteit van de medische zorg aan kwetsbare doelgroepen vraagt om het anders inrichten en organiseren van de medische zorg. Indien er gekozen wordt voor integrale medische ouderenzorg (IMOZ-functie) dienen drie hoofdprocessen – HA-proces, het HA-SO proces en het SO-proces – heringericht te worden.

Vraagstuk 6 KWALITEITZORG

Het denken in termen van kwaliteitszorg rondom een samenwerking tussen HA en SO vraagt om een kritische basishouding van zowel de HA, als de SO. Het bestaande kwaliteitskader voorziet (nog) niet in het borgen van integrale medische zorg voor kwetsbare ouderen en doelgroepen. Herijking van de bestaande kaders voor kwaliteitszorg is nodig op de volgende vraagstukken:

- (1) het steeds tijdig opschalen van expertise;
- (2) de invulling van professionele autonomie;
- (3) de kritische reflectie binnen de samenwerking met kenmerken van intercollegiale consultatie en/of – toetsing;
- (4) het maken van de juiste afwegingen inzake te verlenen medische zorg;
- (5) het evalueren van de uitkomsten (in samenhang met evidence based practice);
- (6) het periodiek terugkijken op de samenwerking tussen HA-SO.

Onderdeel van de herijking van de kwaliteitskaders zijn het optimaliseren van het Wlz-afwegingskader (Jansen en Pansier, HHM, 2015), inpassing van de handreiking Integrale 1^e lijns zorg (van Hout, VUmc, 2016) en de inbedding van data-gestuurde zorg en zorgevaluatie (kwantitatief, kwalitatief en kosteneffectief). Daarnaast zal men moeten onderzoeken hoe de met elkaar samenhangende IMOZ zorgfuncties – SO-functie, HA-functie en VPL-functie – met elkaar kunnen samenwerken in integrale medische ouderenzorg.

In de bijlage is een lijst met veel voorkomende medische zorgvragen/-diensten/-dienstverlening opgenomen.

5.3 Integratievraagstukken op professioneel niveau

Binnen het professioneel domein is één vraagstuk onderkend.

Vraagstuk 7 SUBSTITUTIES

De integratie van de HA-functie en de SO-functie brengt een aanvullend vraagstuk mee rond taakzuiverheid, taakverdeling en toedeling.



Bij de SO is er sprake van een SO-functiefamilie bestaande uit de basisarts, PA, VS, GZ-psycholoog en de Verpleegkundige Complexe Ouderenzorg (nieuw). Bij de HA is er op soortgelijke wijze sprake van een HA-functiefamilie waarin de PA en VS onderdeel (kunnen gaan) uitmaken van de huisartsenpraktijken in de regio. De vraag rijst in welke mate deze verschillende functiefamilies kunnen, mogen en/of willen participeren in het integratiemodel waarbij de HA-functie en de SO-functie samen tot een IMOZ-functie integreren.

Bij de verdere uitwerking van de beoogde integratie zal het substitutievraagstuk nadrukkelijk aan bod komen. Parallel hieraan start in 2021 het traject regionale capaciteitsraming waarin het vraagstuk van substitutie binnen de SO-functie (intra- en extramuraal) een centrale plaats inneemt.

5.4 Integratievraagstukken op integrale medische zorg niveau

Vraagstuk 8 EVIDENCE BASED PRACTICE ELDERLY CARE

Met de integratie van de HA-functie en de SO-functie ontstaat een (ver)nieuw(d)e combinatie van medische zorg voor kwetsbare ouderen en doelgroepen. Deze combinatie, die IMOZ-functie is genoemd, vraagt om een herijking van de medische zorg/interventies, behandeling en/of -ondersteuning in relatie tot de toegevoegde waarde van integrale zorg.

Men spreekt daarbij van waardegedreven zorg wanneer een groep zorgaanbieders op een gecoördineerde manier samenwerkt om de gezondheidsuitkomsten van een (deel)populatie te verbeteren (Essenburgh, 2019). De groep aanbieders is gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van kwalitatief goede zorg én voor de kosten van diezelfde zorg. Deze benadering gaat een stap verder dan de huidige value based healthcare aanpak van Michael Porter in Nederland, omdat het hierbij alleen gaat over ketenoptimalisatie binnen de muren van één zorgorganisatie, veelal het ziekenhuis. Waardegedreven zorg vraagt juist om de organisatie van zorg over het hele netwerk van preventie, zorg en welzijn.

6. Vervolgaanpak

Deze bespreeknotitie wordt zowel met de SO-groep als de HA-groep besproken. In het programma SO-GVA coördineert de actielijn Anders Behandelen dit afstemmingstraject met als inzet het verder aanscherpen en/of aanvullen van de vraagstukken om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de met de opgave(n) samenhangende kwesties en/of problematieken die om een structurele oplossing vragen om te komen tot duurzame inrichting van de IMOZ-functie.

De definitieve (en vastgestelde) bespreeknotitie zal vervolgens als basis dienen voor het opstellen van een startnotitie waarin de oplossingsrichtingen voor de geschetste vraagstukken worden benoemd en op hoofdlijnen uitgewerkt. De startnotitie dient vervolgens als basis en onderlegger voor het opzetten en uitwerken van het pilotproject IMOZ in de regio.

Deze pilot vormt daarmee ook de basis voor de uitwerking van een (aantal) USE CASE(S) als onderdeel van het programma Zorg Dichterbij, deelprogramma Juiste Zorg op de Juiste Plaats en Ouderenzorg. Waarbij het dan gaat om een USE CASE op de medische as HA-SO.

In deze pilot zal ook een actieonderzoek worden ingericht (al dan niet met externe ondersteuning van research en consultancybureau Essenburgh). Vanuit de actielijn Anders Onderzoeken komt hierbij ondersteuning vanuit het programma SO-GVA.



Nadat de pilot IMOZ succesvol is afgerond en met een evaluatierapport is opgeleverd, zal op basis van de uitkomsten worden besloten om al dan niet over te gaan tot een regio-brede uitrol van het integrale medische ouderenzorg concept in de vorm van een 'geconditioneerde' IMOZ-functie.

Het concept Convenant dient daarbij als onderlegger voor de verdere concretisering en uitwerking van de benodigde condities en randvoorwaarden vereist voor een duurzame invoering, uitvoering en borging van een IMOZ-functie in de regio.

Met een programmaplan IMOZ2025 zal handen en voeten worden gegeven aan deze regio-brede uitrol als onderdeel van de zogenaamde regionale samenwerkingsprojecten binnen de Gooi-Vechtstreek-Almere.

Het programmaplan zal daarbij zodanig worden ingericht dat er sprake kan zijn van een interregionale aanpak rond de introductie en uitrol van de IMOZ-functie in meerdere regio's. In dat geval zal er een landelijke programmasubsidie worden aangevraagd bij het ministerie van VWS, directie Langdurige Zorg waarmee de uitrol in de eigen regio en andere regio's financieel ondersteund wordt.

Om zo ook een maatschappelijke bijdrage te leveren aan het vraagstuk van duurzame medische ouderenzorg ten behoeve van kwetsbare ouderen en doelgroepen

Actielijn Anders Behandelen – 22.12.2020

E. (Ellen) van Ginkel, manager Behandelcentrum Vivium

E. (Eveline) Cours, specialist Ouderengeneeskunde, regiehouder actielijn Anders Behandelen

J.H.M. (Jan) Hendriks, programmamanager SO-GVA

Bijlage -1- concept CONVENANT (versie concept 02 - 01.12.2020)