

# Ketenondersteuning in het perspectief van het zorgconvenant

In juli 2013 is een eerstelijns akkoord gesloten over de ontwikkeling van de zorg en de bekostiging daarvan voor de periode 2015-2017. Het ligt echter in de verwachting, mede gelet op een aantal baanbrekende aspecten van dit akkoord, dat de gekozen invulling ook richtinggevend voor de verdere toekomst zal zijn.

De centrale gedachte achter het akkoord is om, bij voortschrijdende vergrijzing en toenemende budgettaire druk, de zorg als geheel, en de eerstelijnszorg in het bijzonder, betaalbaar en toegankelijk te houden op de langere termijn. Vier principes staan daarbij centraal:

- Zorg op maat
- Substitutie waar verantwoord mogelijk
- Grotere rol van de patiënt
- Samenhangende, georganiseerde zorg (verschillende disciplines werken samen met huisarts als hoofdbehandelaar)

De wijze van bekostiging kan daarbij in de toekomst mede gekoppeld worden aan het bereikte gezondheidsresultaat. Daarbij wordt derhalve een vorm van (gezondheids-) resultaatsverplichting geïntroduceerd die het inkomen van professionals en organisaties mede zal gaan bepalen.

In de komende jaren zullen deze afspraken meer en meer het karakter krijgen van eerstelijns zorgketens voor chronische ziektes om zich daarna verder te ontwikkelen in de richting van Individuele zorgplannen (IZP). En in deze ontwikkeling zal in het contracteren de nadruk meer en meer

van het vergoeden van verrichtingen naar het vergoeden van prestaties gaan verschuiven. Prestaties in gezondheidswinst, efficiency en effectiviteit.

## Toekomstbestendig

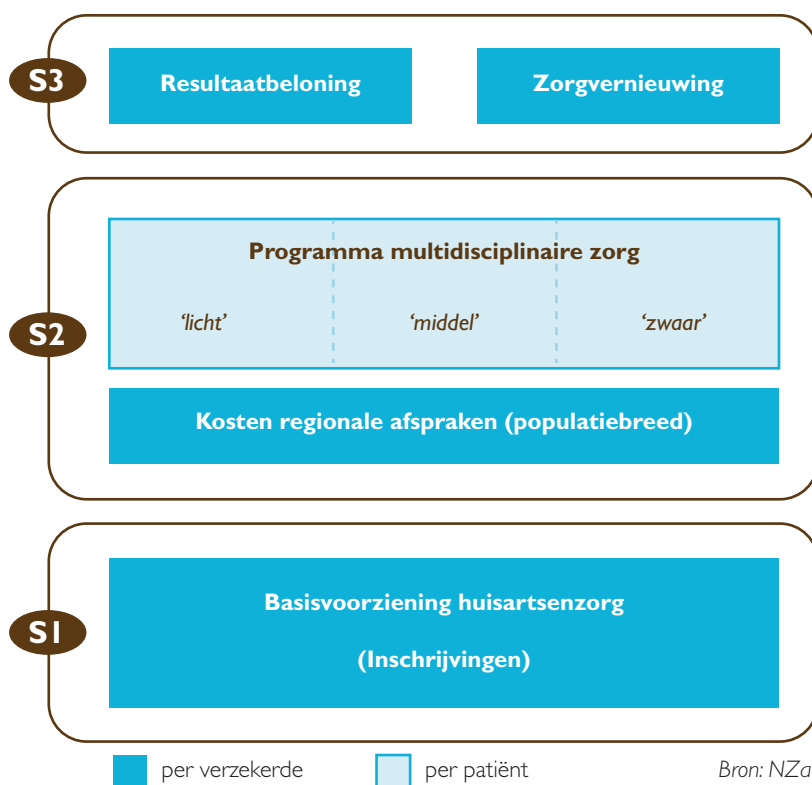
Daarmee ontstaat er een uitdagend nieuw strategisch perspectief voor de eerstelijnszorg en zorggroepen. Zij immers zullen een centrale rol spelen in het vormgeven, organiseren en besturen van de zorgketens. De zorg zal zich verbreden, meer populatiegerichte karakteristieken krijgen (bij ouderenzorg, ggz en jeugdzorg), en zullen medische zorg en sociaal-maatschappelijke zorg meer met elkaar verweven raken. Met als gevolg een sterk groeiend (in aantal en soort) aantal partners die in deze ketens met elkaar samenwerken om het beoogde doel te bereiken.

Deze insteek heeft belangrijke gevolgen voor de organisatie van de chronische zorg naar de toekomst, alsmede ook voor de ICT-ondersteuning die voor deze zorggroepen noodzakelijk is. Het is van het grootste belang een ICT-oplossing te kiezen die vanuit deze toekomstbestendig is en de te verwachten ontwikkelingen naar de verdere toekomst zal ondersteunen.

## Gefaseerde ontwikkeling

In de eerste fase van bestaan heeft de informatievoorziening van zorggroepen zich gericht op extractie van patiëntengegevens uit HIS en rapportage over betreffende patiëntenpopulatie aan de betrokken verzekeraars. Hoe simpel en voor de hand liggend ook, deze eerste stap blijkt in de praktijk vaak moeizaam en alleen met grote inspanningen te realiseren:

Invulling bekostigingsmodel op middellange termijn



- de interconnectiviteit van HIS met ketenondersteunende ICT is niet gestandaardiseerd en ieder HIS heeft zijn eigen (on)mogelijkheden voor informatie-extractie;
- de kwaliteit van bronregistratie in het HIS is niet alleen zeer divers door de vele verschillende HIS-systemen, de gewoontes en werkwijzen op praktijkniveau zijn sterk verschillend.

In de eerste generatie KIS-systemen is daarom veel energie gestoken in het op orde brengen van deze rapportage-informatie en de bijbehorende koppelingen, zonder dat daarmee de werkwijze van de zorgverleners en de samenhang in hun activiteiten veel veranderd is. Een noodzakelijk stap, maar onvoldoende om inhoud te geven aan het zorgconvenant.

### **Procesketen**

Een tweede stap is het beschikbaar krijgen van relevante patiënteninformatie voor alle zorgverleners in de keten. Op de eerste plaats de praktijkondersteuners, maar daarnaast en vervolgens ook andere zorgdisciplines. Van diëtiste tot fysiotherapeut, van de tweedelijns specialisten tot mantelzorgers en de patiënt zelf. Als gevolg van de verbreding die het zorgconvenant beoogt zal het

## **In het contracteren zal de nadruk steeds meer verschuiven van het vergoeden van verrichtingen naar het vergoeden van prestaties**



aantal verschillende ketenpartners ook nog sterk toenemen en begint interconnectiviteit (het met HIS maar ook met alle andere zorgsystemen) een centraal issue te worden. Het KOS is daarbij de 'telefooncentrale' die al deze systemen koppelt met gegarandeerde privacy van patiënteninformatie.

Veel keteninformatiesystemen hebben tegenwoordig al faciliteiten om patiënteninformatie met elkaar te delen. Met deze stap is er echter nog geen sprake van een echte 'procesketen'.

De stap naar een echte samenhangende keten ontstaat dan ook pas als ook de logistieke samenhang van het zorgproces in het KOS kan worden ondergebracht. Hiervoor zijn twee benaderingen mogelijk. De eerste vertrekt vanuit de standaard voor het zorgproces en creëert een samenhangende 'workflow' van activiteiten gericht op de aandoening van de patiënt. De organisatie van het proces (protocol) staat daarbij centraal, en kan maar in beperkte mate worden aangepast aan de individuele verschillen tussen patiënten.

In de andere variant wordt met behulp van gestandaardiseerde procesbouwstenen een geïndividualiseerd zorgplan voor elke patiënt gemaakt. Hierin kunnen dan ook eenvoudig meerdere aandoeningen worden verwerkt tot

een samenhangend geheel, en kunnen ook individuele verschillen in wensen en mogelijkheden van patiënten worden opgenomen. Op deze wijze kunnen op massale schaal geïndividualiseerde zorgplannen worden gemaakt en beheerd (massa-individualisering). Care2U ondersteunt deze laatste variant en is vanuit dit principe ontwikkeld. Deze gefaseerde ontwikkeling is in onderstaande figuur nog eens grafisch weergegeven.

## Alle zorggroepen moeten zich op termijn ontwikkelen naar de fase van geïndividualiseerde, rond de patiënt georganiseerde ketens

*Ketenondersteunende ICT*



### Interactie

Elke zorggroep zal in zijn ontwikkeling deze fases doorlopen. De volgende stap is niet mogelijk zonder een succesvolle implementatie van de vorige. Een keuze voor een KIS of KOS dat alleen aan de huidige behoefte voldoet is risicovol, omdat het mogelijk de volgende stappen niet kan ondersteunen. Het zorgconvenant betekent feitelijk dat alle zorggroepen zich op termijn naar de fase van geïndividualiseerde, rond de patiënt georganiseerde ketens moeten ontwikkelen. Ketens waarvan de patiënt en zijn mantelzorger(s) actief onderdeel uitmaken. Deze interactie zal leiden tot personaliseren van het individuele zorgplan, bijvoorbeeld eigen consultvoorbereiding door patiënt of introductie van online behandelmethoden.

Deze individualisering sluit aan bij de vier principes uit het zorgconvenant.

### Veranderende ketenrol huisarts

Van oudsher speelt de huisarts een centrale rol in deze zorgketens. Primair als behandelaar van de patiënt, secundair als regisseur in de keten. Met de ontwikkeling van de zorggroepen en de introductie van de POH is bij de eerste zorgstraten diabetes en COPD deze regietaak bij de POH komen te liggen. Waar het HIS de 'gereedschapskist' van de huisarts was en is, is het KIS/KOS

initieel toch vooral het instrument van de praktijkondersteuner. Het merendeel van de zorg speelt zich af binnen de huisartsenpraktijk.

Met de ontwikkeling naar complexere zorgketens (kwetsbare ouderen, jeugdzorg, et cetera) zal echter de regietaak voor de huisarts belangrijker worden. En zullen grote delen van zorg worden geleverd door zorgverleners met een eigenstandige praktijkvoering: podotherapeuten, diëtisten, ggz-professionals. Waar de ketensamenhang (in de vorm van het behandelplan) en de gezondheidsdoelen (in de vorm van het Individueel Zorg Plan) in het ketenondersteunend systeem de verbinding vormt tussen alle zorgverleners onderling en de patiënt, neemt het belang van het KOS voor de beroepsuitoefening van de huisarts dan ook toe.

Deels kan de regiefunctie in het HIS worden gerealiseerd. Volledige integratie van logistieke en bedrijfsmatige informatie, medisch-inhoudelijke informatie van alle zorgverleners en alle koppelingen naar de systemen van deze zorgverleners is in een en vaak meerdere HIS'en niet haalbaar. Eenvoudige toegang van de huisarts tot het KOS en het naadloos schakelen tussen HIS en KOS wordt van cruciaal belang en zal door zowel HIS-systemen als KOS-systemen moeten worden ondersteund.

### Financiële implicaties

Verzekeraars kijken in toenemende mate kritisch naar de kosten en baten van de ontwikkeling van zorggroepen. En daarin speelt de inzet en gebruik van ICT-systemen een belangrijke rol. Immers de creatie van een zorggroep voegt in eerste





instantie alleen maar (overhead)kosten toe. Als de zorgprocessen niet veranderen/ontwikkelen is de kortetermijnwinst een beter inzicht en mogelijk betere gezondheidsresultaten door systematischer benadering van deze zorg. Pas bij substitutie van de tweede naar de eerste lijn, wordt kostenbesparing zichtbaar. Het convenant en de uitwerking daarvan wijst in de richting van resultaatafhankelijke financiering van zorggroepen en zorgverleners. De wijze van ICT-ondersteuning speelt een belangrijke rol in de mogelijkheden om deze resultaten te realiseren.

Er zijn globaal drie bronnen waaruit de verbetering van financiële resultaten ontstaan:

- 1 Verbetering van proces-efficiency
- 2 Substitutie van tweede lijn naar eerste lijn
- 3 Reductie van 'overbehandeling'

### Client side invoicing

Verbetering van procesefficiency ontstaat vooral door effectieve ondersteuning van proceslogistiek en versimpeling

van administratieve processen. Geautomatiseerde aanvragen van onderzoeken en de resultaatverwerking daarvan, doelgerichte informatie-uitwisseling naar ander zorgverleners, betere definitie van de verschillende zorgtaken (noodzakelijk voor de definitie van goede procesketens) en geautomatiseerde facturering en controle (*client side invoicing*, CSI) leveren belangrijke kostenbesparingen en productiviteitsverhogingen op.

Substitutie kan meer opleveren. Het gaat hier op termijn over patiënten met een complexere (vaak individuele) problematiek die moeilijk in een gestandaardiseerd massaproces zijn onder te brengen. Faciliteiten voor de individualisering van de zorg (en inclusie van tweedelijns deskundigheid) in deze ketens zullen dan ook noodzakelijk zijn om hier het maximale resultaat te bereiken.

### Massa-individualisering

De grootste winst is echter te behalen bij individualisering van de zorg

aan de 'reguliere' patiënten. Uniforme toepassing van de zorgstandaarden en protocollen leidt bij veel patiënten (schattingen lopen op tot 75 procent) tot overbehandeling. Dit omdat deze zorgstandaarden 'veilig' worden gekozen. Veel patiënten kunnen met minder zorg toe, ofwel kunnen meer zelf doen. Dit vergt echter mogelijkheden om de procesketens op patiëntniveau te individualiseren. Immers, waar de ene patiënt bijvoorbeeld zijn bloedsuikerwaarden prima zelf in de gaten kan houden, zal de andere patiënt dit (nog) niet kunnen. En waar bij de ene patiënt een complexe multimorbiditeit voortdurende aandacht vraagt, zal dit bij een andere patiënt niet of nauwelijks een rol spelen. Niet een vaste planning, maar de specifieke situatie en gebeurtenissen in het leven van de patiënt moeten daarom de interventies bepalen. Dat kan alleen als de keten (mede) vanuit de patiënt en niet vanuit een procesplanning wordt bestuurd. Om de ambities van het zorgconvenant te realiseren is daarom een vorm van ketenondersteuning noodzakelijk die ook deze laatste stap naar massa-individualisering ondersteunt. Zo niet, dan zullen de twee belangrijkste bronnen van toegevoegde waarde van zorggroepen buiten bereik blijven en de ambities van het zorgconvenant niet kunnen worden gerealiseerd.

*Ton van Asseldonk, TVA developments  
Michiel Boerkamp, directeur Care2U*

**Uniforme toepassing van de zorgstandaarden en protocollen leidt bij veel patiënten tot overbehandeling**