

Masterclass Eerstelijns Bestuurders in Venetië

De deelnemers aan de achtste leergang van de Masterclass Eerstelijns Bestuurders brachten deze zomer een bezoek aan Venetië. Ze vergeleken het zorgsysteem in de Italiaanse regio Veneto met dat van Nederland. Wat viel hen op?

In Italië wonen circa 61 miljoen mensen en het huidige land bestaat pas 150 jaar (1861). De zorg is regionaal georganiseerd (20 regio's). De regio Veneto bestaat uit 4,9 miljoen inwoners en is verdeeld in 26 districten van gemiddeld zo'n 190.000 inwoners. Er zijn grote verschillen qua bevolkingsdichtheid, welvaart en landschappen (bossen, bergen en steden). Er is een nationaal zorgsysteem dat grotendeels gefinancierd wordt door nationale en regionale belastingen. De uitgaven aan gezondheidszorg bedragen 8,8 procent van het BNP (Nederland: 14 procent in 2016). De zorgaanbieders zijn zowel publieke als private aanbieders. De vraagstukken waar men mee worstelt zijn: de houdbaarheid van het systeem, dure medicijnen, vergrijzing, toename van het aantal chronisch zieken en de vluchtelingenproblematiek. Daarnaast zijn er ook sociaal-culturele invloeden, zoals de invloed van de katholieke kerk op palliatieve zorg.

Eerstelijnszorg

In de eerstelijnszorg zijn de huisartsen veelal zelfstandige ondernemers. De huisartsen hebben geen verplichte diensten. 21 procent van de huisartsen doet geen spoedzorg. In plaats daarvan is er een aparte groep huisartsen die alleen dienst doet en die 24 uur per dag de spoedzorg organiseert. Huisartsen hebben maximaal 1500 volwassen patiënten in een normpraktijk en werken circa 35 tot 40 uur per week. Het aantal directe patiënturen is zo'n 16-18 uur per week, er is veel tijd nodig voor de beruchte Italiaanse bureaucratie. De huisartsen hebben een gemiddeld inkomen van €120.000. Daarnaast mogen

ze allerlei nevenfuncties of bijbaantjes hebben.

Er is een stimuleringsprogramma om tot meer multidisciplinaire centra te komen die 12 uur per dag open zijn. De werktijden zijn 7 uur per dag, waarvan ook op zaterdag een deel wordt gewerkt. Inmiddels werkt 29 procent van de huisartsen in een groep. Daarin functioneert een basisteam met een huisarts, verpleegkundige, maatschappelijk werkster en psycholoog en soms wordt daar een specialist palliatieve zorg aan toegevoegd. De verhouding verpleegkundige-patiënten is 1:3600. De verpleegkundigen richten zich op thema's als: vaccinaties en screening (alcohol, drugs, fysieke activiteit, voeding, medische waarden, borstkanker, colonkanker, baarmoederhalskanker), griepvaccinatie en ziekte-specifieke programma's voor diabetes, COPD, hartfalen en antistolling. Ze verrichten bovendien medische handelingen, zoals het toedienen

van injecties, plaatsen van katheters, het verlenen van assistentie bij chirurgie en wondbehandeling. In deze centra probeert men de huisartsen meer te betrekken bij het bestuur en probeert men hen verantwoordelijk te maken voor doelmatig voorschrijfgedrag en verwijzingen. Er is een bekostiging op basis van vaste, variabele en resultaatbeloning. En huisartsen dragen (nog) witte jassen.

Eerstelijnsdiagnostiek vindt plaats in klinieken voor 12.000 tot 100.000 patiënten. Hier kunnen patiënten onderzoek aanvragen: spirometrie, ECG, holter, doppler, echo cardio, O2 behandeling. Deze klinieken organiseren ook het gezamenlijke EPD en leveren software voor het maken van afspraken. De klinieken moeten voldoen aan kwaliteitsindicatoren die door de regio worden bepaald, zoals het aantal patiënten uit de eerdergenoemde patiëntengroepen die een afspraak hebben gehad. Een voorbeeld: minimaal 83 procent van de



De bestuurders en deelnemers aan de Masterclass Eerstelijns Bestuurders op studiereis in Venetië.

patiënten met antistolling had een afspraak in de kliniek. Voor DM, COPD en hartfalen was dat respectievelijk 64, 98, en 98 procent. Voor niet ambulante patiënten is er weer een andere organisatie.

Regio en integratie

In de regio Veneto zijn zorg en welzijn samengevoegd onder één bestuur. Daardoor is de afstemming veel verbeterd en geldt dit als een best practice voor andere regio's. De verdeling van het budget is globaal 5 procent reventie, 44 procent ziekenhuiszorg en 51 procent thuiszorg, eerstelijnszorg en sociale & welzijnsvoorzieningen. Vanaf 2012 gelden er landelijke kaders voor de regionale planning van (de afbouw van) ziekenhuisbedden.

Hoewel de verwachtingen van ICT hoog zijn, zijn de implementatie en de resultaten nog beperkt. Men zet in op een regionaal gezondheidsportaal en heeft dezelfde vraagstukken als in Nederland op gebied van privacy, toegankelijkheid, compatibiliteit en bekostiging. Maar de vergrijzing is topprioriteit en men richt zich daarbij op de kwetsbare ouderen. Het verschil met Nederland is dat er geen leeftijdsgrens bij kwetsbare ouderen is en dat de sociale aspecten meetellen bij de indicatie. De definitie van een kwetsbare oudere is: non-autonomie op meerdere gebieden. Hierdoor valt 4 procent van de populatie onder die noemer. Bij elke oudere wordt standaard de *surprise question* gesteld: 'Zou het u verwonderen als deze patiënt binnen één jaar zal overlijden?'. Op basis daarvan en de wens van de patiënt worden afspraken gemaakt. Die wens is groten-deels net als in Nederland: thuis overlijden.

Spoedzorg in Venetië

De spoedzorg is bijzonder doordat er alleen waterwegen zijn. De ambulance speedboten scheuren door de kanalen met loeiende sirenes om de plaats van bestemming te bereiken. Maar de patiënten zijn aan wal en moeten getransporteerd worden over bruggetjes en door smalle steegjes. De SEH van het eeuwenoude gemoderniseerde ziekenhuis kent ook een aanleghaven. De meeste patiënten worden in het ziekenhuis zelf behandeld, maar soms moeten zij worden overgebracht

Ontwikkelingen in de zorg

- Stijgende zorguitgaven in verband met vergrijzing en nieuwe dure medicatie.
- Maatschappelijke ontwikkelingen en denken in termen van populatie en gezondheid leidt tot meer complexiteit (inhoudelijk, meer partijen).
- Snelle ontwikkeling van ICT (eHealth).

naar een academisch ziekenhuis. Als er geen haast is, gaat dat weer met de boot en anders wordt de traumahelikopter ingezet. Venetië telt maar circa 80.000 inwoners, maar er komen jaarlijks 30 miljoen toeristen. Het organiseren van de logistiek in de spoedzorg is een hele uitdaging.

ICT

ICT is het middel in het netwerk. De patiënt staat centraal in een digitaal portal. 90 procent van de patiënten heeft een EPD in de centrale database. De netwerken delen klinische data en dit heeft betrekking op alle structuren (sociaal en curatief). Er wordt gewerkt met dezelfde protocollen en richtlijnen. Daarbij wordt de informatie op een veilige en gestructureerde manier opgeslagen.

In Italië en Nederland zijn al kleine stapjes gezet in de richting van een platform dat de regionale samenwerking ondersteunt. Veneto is in Italië een koploper, vergelijkbaar met onze Nederlandse proeftuinen.

Een vergelijking

De zorgkosten in Italië zijn lager dan die in Nederland. De spoedzorg is voor huisartsen in Italië niet verplicht voor de huisarts en er zijn huisartsen die alleen maar spoedzorg leveren. Het huidige ANW-systeem in Nederland wringt. In Nederland zullen we keuzes moeten maken: wat doen we als huisarts nog wel en wat niet. De praktijken in Italië zijn een stuk kleiner. Om de toenemende zorgvraag aan te kunnen, zien we ook in Nederland de trend dat praktijken steeds kleiner worden. Opvallend verschil is dat de zorg in Italië centraal wordt aangestuurd door autonome regio's. De bureaucratie is zoals genoemd berucht, maar heeft ook voordelen. Zo is er bijvoorbeeld voor één ICT-systeem gekozen.

De integratie neemt zijn vlucht met dezelfde thema's die wij in Nederland kennen. De vergrijzing is net als in Nederland de grootste uitdaging voor de komende jaren. In Italië focussen de regio's zich op kwetsbare ouderen. Om de zorg rondom kwetsbare ouderen te organiseren zijn regionaal gelden beschikbaar. In Nederland komt dit maar moeizaam van de grond. Hiervan kunnen we leren dat als je regionaal een infrastructuur wilt opbouwen, goede aansturing noodzakelijk is. Wij zien hier een taak voor de zorggroepen om dit samen met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars te organiseren. Dit vraagt om



een gezamenlijke visie, wederzijds vertrouwen en draagvlak onder de achterban. De transitie van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn verloopt in Italië zonder schotten. Substitutie wordt centraal aangestuurd, de regio beheert immers het budget. Er zijn verschillende netwerken ontwikkeld: bijvoorbeeld voor diabetes en Alzheimer. In Nederland zijn voor regionale geïntegreerde zorg de eerste stappen gezet. De nieuwe betaaltitels voor Organisatie & Innovatie die in Nederland zijn ontwikkeld, zijn een eerste stap in de goede richting.

De eerste lijn in Italië heeft veelal dezelfde problematiek als die in Nederland. Het is leerzaam dat er soms (vanuit historie gegroeid) in Italië een andere sterke organisatie in de regio is. Dit heeft zijn voor- en nadelen.

Tijdens deze studiereis naar Italië is de passie voor onze mooie eerste lijn met onze collega-bestuurders gedeeld. Nu is het zaak om de opgedane inspiratie en kennis om te zetten naar de nuchtere Hollandse realiteit. Het doel daarbij is de zorg in de regio zodanig te organiseren dat de professionele autonomie behouden blijft. <<

Tekst:

René Bijkerk, bestuurder Coöperatie Zorg NU

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Foto's: René Bijkerk, Thinkstock

Internationale uitdagingen voor de eerste lijn

Er zijn veel overeenkomsten tussen de Italiaanse en de Nederlandse zorgorganisatie. Italië heeft te maken met dezelfde ontwikkelingen in de zorg als Nederland. Internationale uitdagingen in de eerste lijn voor de komende jaren zijn:

- Versterking e(m)powerment van de patiënt in de eerste lijn door structurele vergoeding voor de implementatie van een patiëntgebonden omgeving, stimuleren van gedeelde besluitvorming en zelfmanagement met Positieve Gezondheid als uitgangspunt.
- Samenwerking met verpleeghuizen en thuiszorg (VVT) en het sociale domein (gemeenten) in de regio.
- Innoveren op basis van populatiebesteding en een shared savings-model in samenwerking met zorgverzekeraars en de tweede lijn.
- Investeren in een platform ter ondersteuning van regionale samenwerking.
- Omgaan met en adequaat reageren op het beleid van de toezichthouders in de zorg.
- Stijgende zorguitgaven in verband met vergrijzing en nieuwe dure medicatie.
- Maatschappelijke ontwikkelingen en denken in termen van populatie en gezondheid leidt tot meer complexiteit (inhoudelijk, meer partijen).
- Snelle ontwikkeling van ICT (eHealth).

Polder de polder!



Naar aanleiding van het hoofdlijnenakkoord 2013 is een adviesrapport opgesteld. Hierin staat waarvoor overhead in de eerstelijnszorg nodig is, wat deze in zou moeten houden en wat die overhead zou moeten kosten (advies SIRM – Commoneye). De onderbouwing en de financiële uitkomst stonden echter ter discussie en er werd een nieuwe commissie ingesteld. In deze zogeheten commissie Velzel waren alle betrokken partijen vertegenwoordigd.

Over de visie op de versterking van de organisatiekracht en infrastructuur van de eerstelijnszorg was moeilijk overeenstemming te bereiken, maar na anderhalf jaar resulteerde dit proces uiteindelijk in een 'polder resultaat'. Er waren vele betrokkenen: een projectgroep en werkgroepen bestaande uit vertegenwoordigers van InEen, LHV, ZN, NZa en VWS. En natuurlijk was er een projectleider. Ook een aantal InEen-leden heeft dagdelen besteed aan een digitaal format om te inventariseren wat er anno 2016 binnen de overhead aan taken en kosten was. Met al deze inspanningen is de basis gelegd voor de O&I module. Deze is op minstens zes plenaire vergaderingen van de participerende koepels informierend, consulterend en besluitvormend aan de orde geweest.

Uiteindelijk resulteerde dit in een NZa-beleidsregel (juli 2017) O&I: 'Deze aanvullende vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continu verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg'. Daarnaast zijn er afspraken gemaakt over een overgangsjaar in 2018 en is er een garantieregeling afgesproken om te grote aanpassingen voor individuele eerstelijnsorganisaties te beperken. Kortom: het was een langdurig proces, maar uiteindelijk leek het erop dat alle partijen het belang zagen van investeren in de versterking van de eerstelijnszorg op het gebied van O&I.

Het is echter maar de vraag of de O&I (in 2018) echt gaat vliegen. In het zorginkoopbeleid en de eerste gesprekken lijkt het dat de O&I module in 2018 vooral wordt ingezet voor bekostiging van de praktijkmanager, waarbij alle zorgverzekeraars ook nog een eigen regeling en voorwaarden hebben gemaakt. De deur lijkt gesloten te blijven voor nieuwe initiatieven en uitbreiding naar gewenste regionale samenwerking. De verdere invulling, uitwerking en implementatie van de O&I module zal per 2019 vorm krijgen. Dan zijn we zes jaar na het hoofdlijnenakkoord en houd ik mijn hart vast voor de uitkomst.

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl.