



# Integraal of Huisartsgeneeskundig?

Blik op zorg-ICT vanuit vier verschillende kanten

Bas Leerink

7 april 2017

# Verantwoording

Vanuit 4 verschillende rollen/gezichtspunten



# 4 ontwikkelingen die van invloed zijn op de zorg en de zorg ICT

1. De groep van 75 plussers met een of meerdere chronische ziekten neemt toe, wordt complexer van samenstelling, en woont langer thuis
2. De samenleving wil weten wat al die zorg-euro's eigenlijk opleveren, maar door de toenemende complexiteit en superspecialisatie is dat ook steeds moeilijker
3. De technische mogelijkheden zijn veel verder dan het “zorgsysteem”; maar het systeem is aan het leren (MedMij, LSP, e-identity, portalen)!
4. De roep om zorg in een netwerk rondom de patiënt verstomt niet, maar zal steeds sterker worden. Ook in de acute zorg!

# Waardegerichte zorg (VBHC) als resultaat van ontwikkelingen in de samenleving

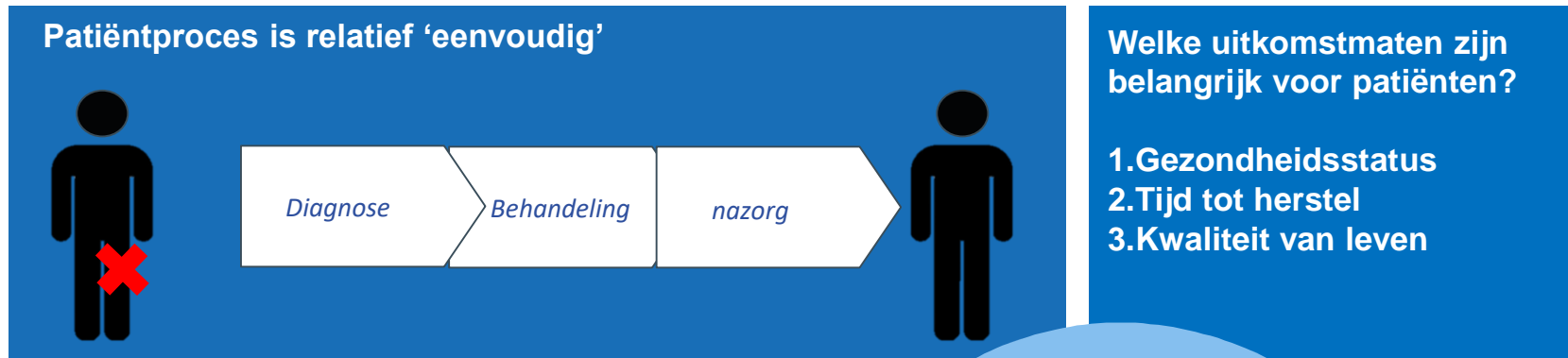
## Ontwikkelingen in de samenleving...

- + We worden ouder en meer ziekten worden chronisch
- + Druk op solidariteit
- + Toenemende behandelmogelijkheden
- + Druk op groei van zorguitgaven
- + Superspecialisatie
- + Lerende verbetercultuur in zorginstellingen
- + Vraag naar resultaten van behandeling
- + Mondige (zorg)consumenten
- + Transparantie door Internet en social media

## ... leidt tot opkomst VBHC

- + Michael Porter en Elizabeth Teisberg schrijven “Redefining Health Care” in 2006
- + ICHOM opgericht in 2011
- + Santeon en Erasmus MC omarmen VBHC in 2014
- + Menzis, Zilveren Kruis gaan “waardegericht inkopen” 2017

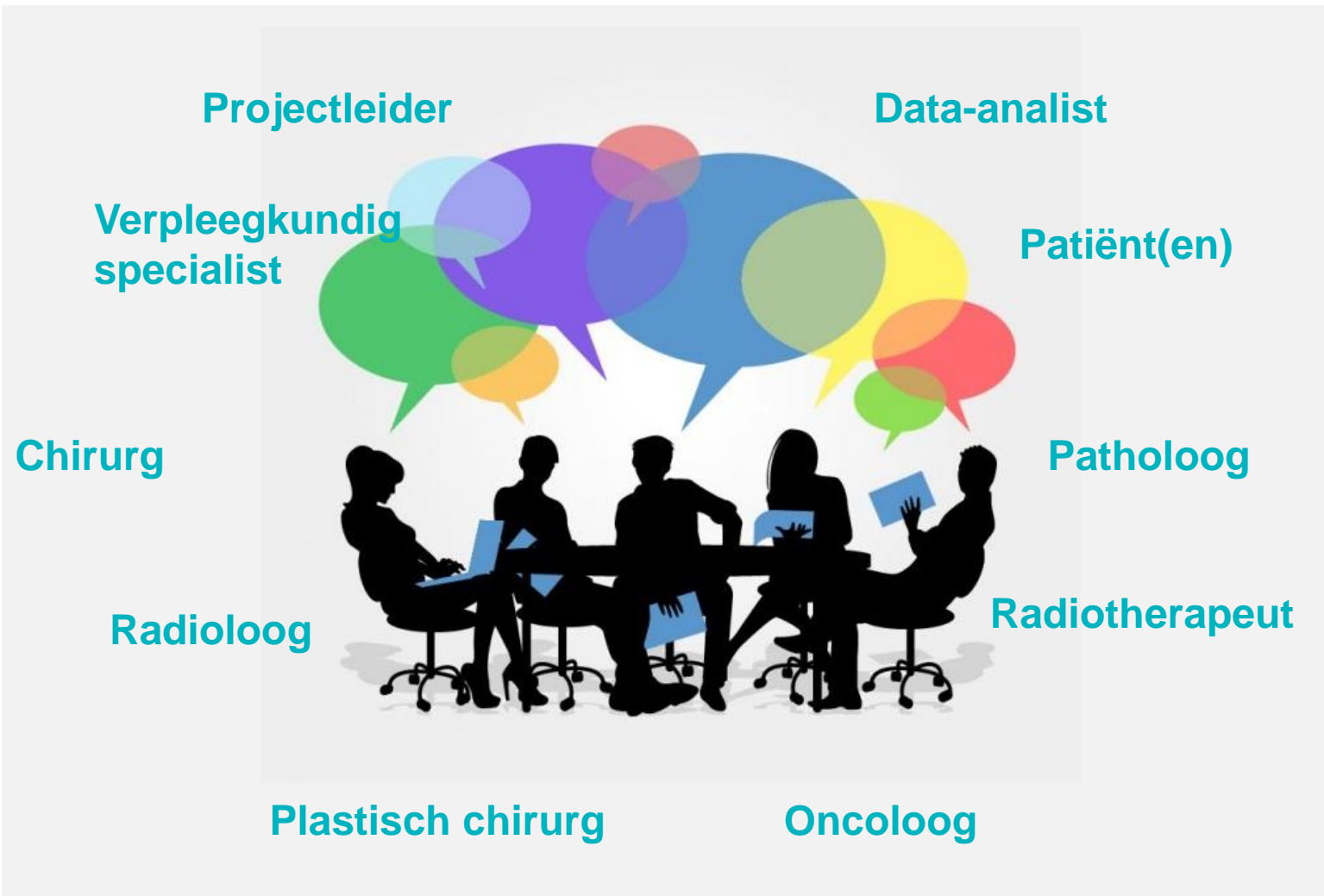
# Value Based Health Care: zoeken naar variatie in uitkomsten en kosten, en leren van elkaar



Dit verbeterproces leidt tot:  
-Betere uitkomsten  
-Minder kosten  
=  
**Value based healthcare**



# De kern is een multidisciplinair verbetereteam met de patient aan tafel

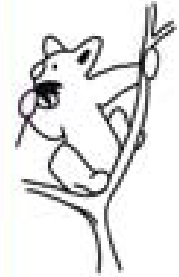


- Borstkanker
- Prostaatkanker
- Heupartrose
- Longkanker
- CVA

In 2017:  
• Nog 3  
aandoeningen

# KOALA 2005-2008

## Kijken Op Afstand Logisch/Leerzaam Alternatief



- 600 patiënten via Televisie en Medisch Service Centrum
- Thuiszorg, Ziekenhuis en Menzis
- COPD, CHF, Care
- Evaluatie door RuG: Business case is alleen positief bij Care, gebruikers overwegend positief
- Gestopt doordat afbouw aantallen wijkverpleegkundigen te duur of onwenselijk bleek



# Ontwikkelingen in de acute zorg

- Acute zorg ontwikkelt zich steeds meer tot ketenzorg (CVA, Hartinfarct, Verloskunde, Acute psychiatrie, Kwetsbare ouderen op de SEH)
- Kwaliteitsstandaard acute zorg gaat er komen: Gaat over kwaliteit van de keten (en de schakels). Toezicht door IGZ volgt.
- Ministerie van VWS heeft het ROAZ ontdekt als regionaal coördinatiepunt voor de acute zorg en alles wat daar in de buurt komt
- Rol van de huisarts in de acute zorg in ANW uren staat ter discussie
- Deze ontwikkeling vraagt om informatie delen in de keten. En dat valt nog niet mee.



# Durf en Ruimte is nodig - 1

## Briefadvies e-health en zorginnovatie

1. de RVS roept zorgaanbieders en zorgverzekeraars op in de zorginkoop tot **meerjarenafspraken** te komen en **patiënten te verleiden en te stimuleren** e-health te gebruiken. “Wanneer patiënten eenmaal kennis hebben gemaakt met e-health-toepassingen, ervaren zij vaak de voordelen van het gemak en de tijdwinst. Daarvan zijn goede voorbeelden voorhanden.
2. De Raad constateert dat een **gebrek aan mogelijkheden voor veilige data-uitwisseling** tussen de verschillende gebruikte informatiesystemen grootschalige toepassing van e-health blokkeert. Zorggegevens tussen zorgverleners zijn onderling **nauwelijks uitwisselbaar**, patiënten kunnen niet bij hun eigen gezondheidsgegevens en de nieuwe wereld van **e-health apps kan niet communiceren** met de bestaande zorg-ICT. Dit veroorzaakt hoge kosten en irritatie over ontbrekende informatie. Om dit probleem op te lossen wil de RVS dat de rijksoverheid een zogenaamde ‘e-health snelweg’ realiseert door zorgaanbieders en leveranciers van informatiesystemen te **verplichten om voor open koppelvlakken te zorgen, hun data kosteloos aan de patiënt beschikbaar te stellen en aan te sluiten bij vastgestelde standaarden en identificatie-eisen**. Veldpartijen moeten met oplossingen komen. “**Verleen het Zorginstituut Nederland doorzettingsmacht**, mochten partijen op korte termijn niet tot geschikte oplossingen komen voor burgers en patiënten”



<https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/implementatie-van-e-health-vraagt-om-durf-en-ruimte>



# Durf en Ruimte is nodig - 2

## Briefadvies e-health en zorginnovatie

3. Ten slotte heeft de RVS een duidelijke oproep om **e-health ook financieel aantrekkelijk** te maken. Hiervoor dient ruimte voor e-health gevonden worden in financieringswijzen, bijvoorbeeld door **alternatieve bekostiging op uitkomsten en zo nodig tijdelijke e-health tarieven** toe te staan. Nu schieten zorgaanbieders met de invoering van e-health zichzelf vaak dubbel in de voet. Vergoedingen voor zorgaanbieders zijn namelijk afgestemd op aantallen verrichtingen en uren zorg, terwijl veel e-health juist het aantal verrichtingen (zoals ziekenhuisopnames of zorgbezoeken) wil terugdringen. **Hierdoor verlaagt e-health de inkomsten voor zorgaanbieders, terwijl zij wel de kosten dragen voor het invoeren ervan.**



<https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/implementatie-van-e-health-vraagt-om-durf-en-ruimte>



# **Wat betekenen deze ontwikkelingen voor de eerstelijns, cq. de huisartspraktijk?**

**Zijn huisartspraktijken deel van de oplossing, of een barrière om tot oplossingen te komen?**

**Wat gaat de eerstelijns doen om de groep thuiswonende, kwetsbare ouderen met multimorbiditeit uit het ziekenhuis te houden?**

**Populatiemanagement (proactieve preventiezorg) in de eerstelijns is waarschijnlijk een effectief middel, maar neemt de eerstelijns dan ook het initiatief? Of wachten we op verzekeraars? Of Ziekenhuizen? Of ZBC's?**

**Gebruik de schaalgrootte van zorggroepen en huisartsenposten om te vernieuwen: wees dapper! En er zijn goede voorbeelden!**