

‘Hotspotters in Zoetermeer’

Passender Zorg & Kostenbesparing door Positieve Gezondheid en Population Health Management



Projectduur Pilot: 3 jaar, van 1 januari 2017 tot 1 januari 2020

Datum update: 12 november 2017

Versie: 1.0c

Opdrachtgever: Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ)

Projectleider: Marco Ephraïm, huisarts, kaderarts beleid en beheer i.o.

Stichting **Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer**

www.zoetermeergezond.nl



Gezondheidscentrum Therapeuticum Aurum

Inhoudsopgave

1	PROJECTPLAN	
1.1	Plaats document	3
1.2	Versie geschiedenis	3
1.3	Goedkeuring	3
1.4	Verspreiding	3
1.5	Begrippenlijst	4
2	INLEIDING	
2.1	Persoonlijke motivatie	5
2.2	Doel van dit document	5
2.3	Structuur van dit Projectplan	5
2.4	Achtergrondinformatie, aanleiding en context	6
3	PROJECTDEFINITIE, DOELSTELLINGEN EN METHODIEK	
3.1	Projectdoelstellingen, op te leveren producten	7
3.2	Bereik / Scope	8
3.3	Methodiek en werkwijze	8
3.4	Afbakening	12
3.5	Randvoorwaarden	12
3.6	Relaties met andere projecten	12
3.7	Aannames	12
4	BUSINESS CASE	
4.1	Redenen om het project te starten	13
4.2	Huidige en toekomstige situatie, berekeningen	13
4.3	Samenvatting financiële baten en lasten	16
4.4	Opties	16
4.5	Fasering en Tijdschema	16
5	PROJECTORGANISATIE	
5.1	Projectmanagement	18
6	KWALITEITSVERWACHTINGEN	19
7	RISICO'S	19
8	BIJLAGE: VERDERE VERDIEPING	
8.1	Hotspotters	20
8.2	Zorgsubstitutie	20
8.3	Population Health Management, Triple Aim, Triple Value	21
8.4	Positieve Gezondheid, spindigram, praktijkvoorbeelden	23
8.5	Het PG-gesprek, PG-spreekuur en PG-tarief	26

1. Projectplan

1.1 Plaats Document:
HAWEB Kaderopleiding Beleid en Beheer 2015-2017

1.2 Versie geschiedenis

Versiedatum	Veranderingen	Markering/ Verwijzing
Versie 0.1: 08-11-2016 Versie 0.2: 12-01-2017 Versie 0.3: 04-09-2017	Ja, update met tijdspad ja, grote update	m.n. begrippen, achtergronden, business case en stand van zaken m.n. hoofdstuk 3 herzien
Versie 1.0: 06-11-2017 Versie 1.0c: 12-11-2017	actualisering nacorrecties	

1.3 Goedkeuring stuurgroep:

Naam	Functie	Rol	Datum	Versie
H. van den Hoeven	Directeur SGZ	opdrachtgever	6 november 2017	1.0
M. Bruynzeels	Directeur JVEI	adviseur	7 november 2017	1.0
M.P. Ephraïm	huisarts	projectleider, coördinator	6 november 2017	1.0
Mw. S. Vas Nunes	huisarts	lid, werkt mee in uitvoering	6 november 2017	1.0

1.4 Verspreiding

Dit document wordt gestuurd naar:

Naam	Functie	Datum	Versie
Stuurgroep, zie 1.3		7 november 2017	1.0
Fred Dijkers, Ger Plat, Janneke Belo en KO-B&B '15/'17 op Haweb	Docenten Kaderopleiding Beleid en Beheer	7 november 2017	1.0
Aline Pikaar, Jeannette van der Schuit, Joriet Schneider, en: vacature	Deelnemende huisartsen	7 november 2017	1.0
Geïnteresseerde huisartsengroepen		vanaf 9 nov. 2017	1.0

Voor communicatie en feed-back: m.ephraim@therapeuticumaurum.nl

1.5 Begrippen - voor uitwerking zie de bijlage op blz 20 -

'Multimorbiditeit':

Dit is de aanwezigheid van twee of meer medisch (somatisch of psychiatrisch) gediagnosticeerde chronische (niet volledig te genezen) of langdurige (tenminste 6 maanden) ziekten, waarvan tenminste één primair somatisch is. (Bron: The ICARE4EU project, Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe, www.icare4eu.org)

'Population Health Management', 'Triple Aim' en 'Triple Value' samen?

Samenvatting: onder PHM versta ik een benadering in de gezondheidszorg waarbij de kenmerken en de zorgbehoefte van (een deel van) de populatie (naast die van het individu) worden onderzocht. Hierdoor kunnen meer mensen die zorg nodig hebben (zowel preventief als curatief) tijdiger bereikt worden met een passend populatiegericht en geïntegreerd zorgaanbod vanuit een integrale visie. Lees s.v.p. de bijlage voor een meer uitgebreide uitleg. Daarbij is een zorgproject, zorginnovatie of zorgsysteem 'Triple Aim' wanneer:

1. de objectieve (gemeten) gezondheid van de betrokken populatie verbetert
2. de subjectieve (beleefde) gezondheid en de patiënttevredenheid van de mensen in deze populatie verbetert
3. de zorgkosten van deze populatie dalen

Begrijpelijkerwijs zijn beleidsmakers en zorgverzekeraars geïnteresseerd in zulke zorg!

Onze tijd vraagt m.i. om uitbreiding met: 4: waarden-onderbouwing (value-based medicine), 5: goede bereikbaarheid voor iedereen, en 6: Duurzaamheid voor mens en milieu. Ik noem 4,5 en 6 samen 'Triple Value'.

'Hotspotters':

In dit project verstaan we daaronder de groep patiënten die één of meerdere kenmerken/aandoeningen hebben, waar zeer hoge zorgkosten mee geassocieerd zijn. Deze kenmerken worden in hoofdstuk 3.2 beschreven. Dit kunnen zowel patiënten met multimorbiditeit zijn, als patiënten die tweedelijns zorg krijgen met één (kostbare) somatische aandoening of uitsluitend een chronisch psychiatrische aandoening, of patiënten die vaak naar het ziekenhuis gaan en bij wie eigenlijk geen ernstig lijden wordt gevonden (bijvoorbeeld somatisanten, solk-patiënten, draaideurpatiënten).

Een deel van al deze patiënten is onvoldoende in beeld bij de huisarts. Vanwege de populatie kenmerken en het soms verborgen karakter noemen wij ze 'hotspotters' (naar Gawande, 2011). Ook patiënten die in de WLZ zitten (bijv. met volledig of modulair pakket thuis, PGB, of reeds in verzorgingshuis), vallen binnen onze doelgroep, mits de huisarts verantwoordelijk is voor de zorg.



fig. 1

Zorgsubstitutie:

Onder zorgsubstitutie versta ik het verplaatsen van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn, of (in plaats van 2^e lijns zorg) het geven van andere passende zorg in de 1^e of nulde lijn.

Lees a.u.b. Bijlage 1 waarin zich een meer uitgebreide omschrijving bevindt (bron: www.nza.nl).

'Positieve Gezondheid':

Positieve Gezondheid is een benadering in de zorg waarbij de vitaliteit, veerkracht en eigen regie van de burger, cliënt of patiënt wordt bevorderd. Een hulpmiddel hierbij is de Positieve Gezondheidstest, waarin verkend wordt hoe men de eigen gezondheid beleeft op zes levensgebieden: lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, zingeving, kwaliteit van leven, sociale/maatschappelijke betrokkenheid en dagelijks functioneren. In dit project is Positieve Gezondheid (PG) als gespreksinstrument gekozen om patiënten met complexe zorg gestructureerd aandacht en follow-up te bieden. De huisarts, hitha, aios, poh-ggz of psycholoog kan dit toepassen in een zgn. PG-consult van ca. 30 minuten, waarvoor een PG-tarief kan worden gedeclareerd. Voor meer achtergrondinformatie over Positieve Gezondheid zie Bijlage 1.

2 Inleiding

2.1 Persoonlijke motivatie

Een studiereis vanuit het LUMC naar Cuba februari 2015 wekte mijn verwondering dat het een straatarm land gelukt is om na een tumultueuze revolutieperiode met weinig middelen een goede gezondheidszorg op te bouwen, waarin de eerste lijn met kleine huisartspraktijken en veel wijkgerichte preventieve zorg centraal staat. Mondiaal gezien een voorbeeld van geslaagde 'triple aim': naar omstandigheden beleven de Cubanen zich gemiddeld als relatief gelukkig, hebben een relatief goede gezondheid verworven (ze worden bijna even oud als Nederlanders) voor relatief lage kosten. Populatie Health Management avant la lettre!

Het was voor mij mede een aanleiding om de kaderopleiding beleid en beheer te gaan doen, die ik met veel plezier volg. Door deze opleiding leer ik met vernieuwde blik te kijken naar de ontwikkeling van de zorg, om te beginnen naar mijn eigen werkplek, het gezondheidscentrum 'Therapeuticum Aurum', waar ik nu 24 jaar huisarts ben, waarvan 16 jaar als huisartsopleider, in mijn eigen stad Zoetermeer en in de mij dierbare Haagse en Leidse regio.

In 2016 volgde ik samen met mijn toenmalige aios, Sabine Vas Nunes (inmiddels huisarts) twee studieweken Populatie Health Management aan de Campus Den Haag van de Universiteit van Leiden, onder de bezielende begeleiding van Marc Bruijnzeels van het Jan van Es Instituut. Dit gaf ons de extra inspiratie en tools om het project 'Hotspotters in Zoetermeer' te gaan starten. Wat de concrete aanleiding hiervoor was leest u in hoofdstuk 2.4 Achtergrondinformatie.

Eveneens in 2016, maakten de Zoetermeerse huisartsen kennis met de benadering van Positieve Gezondheid, m.n. hoe je die als huisarts praktisch en haalbaar kunt toepassen in de praktijk. Dit dankzij huisarts Aline Pikaar, die het als afstudeer-projectplan van haar kaderopleiding beleid en beheer had opgezet. Een gouden kans deed zich voor hierop door te bouwen en de Positieve Gezondheidsaanpak te benutten voor de doelgroep van mijn project: mensen met veel en/of complexe zorg in de tweede lijn, met hoge zorgkosten, de zogenaamde 'Hotspotters'.

Mijn steven is Populatie Health Management en Positieve Gezondheid te verenigen met een integrale benadering, zoals wij die al in ons gezondheidscentrum proberen toe te passen: zorg op maat, passend bij ieder individu in zijn/haar context, helpend om gezondheidsinzicht, gezonde leefstijl, veerkracht en eigen regie te bevorderen. Door deze kruisbestuiving kan onze eigen benadering zich ook weer vernieuwen en verder ontwikkelen.

2.2 Doel van dit document

Het doel van dit document is het inzichtelijk maken, onderbouwen, plannen van en draagvlak creëren voor het Pilot Project 'Hotspotters in Zoetermeer'. De pilot is in 4 huisartsenpraktijken (populatie ca. 9.000 mensen) in Zoetermeer begin 2017 gestart. Dit document wil ook inzicht geven in de aanleiding en achtergronden van het project en context, alsook van de te verwachten business case en voordelen die het voor de betrokken patiënten kan hebben. Naarmate het project vordert zal er soms een update van dit projectplan verschijnen, zoals ook deze nieuwste versie beoogt te zijn.

2.3 Structuur van het Projectplan

Dit plan is onderverdeeld in twee secties, namelijk een basissectie en een dynamische sectie. De delen behorende tot de dynamische sectie worden tijdens de voortgang van het project geactualiseerd. De nieuwste versie hiervan beschrijft steeds het meest actuele beloop.

Basis sectie

- Achtergrond (hoofdstuk 2)
- Projectdefinitie (hoofdstuk 3)
- Projectorganisatie (hoofdstuk 5)

Dynamische sectie

- Business Case (hoofdstuk 4)
- Projectplanning (hoofdstuk 4.5)
- Risicologboek (hoofdstuk 7)



fig.2

2.4 Achtergrondinformatie

2.4.1 De aanleiding tot het project

Zoetermeer gaf in de jaren 2013-2015 2% - 5,5% meer aan medisch-specialistische zorg uit dan gemiddeld in Nederland (bron: SGZ). Dit is opmerkelijk omdat in Zoetermeer de zorg juist zo goed is georganiseerd. De SGZ onderzoekt i.o.m. andere zorgpartners wat hier de oorzaken van zijn en welke strategieën gekozen kunnen worden om de zorg te verbeteren met minder kosten.

Harry van den Hoeven (directeur SGZ en opdrachtgever) deed in juni 2016 een oproep aan de Zoetermeerse huisartsen om mee te denken hoe dit op te lossen.

Algemene insteek was dat het vermijden van onnodige tweedelijnszorg, somatisch en psychiatrisch, het meest zou kunnen opleveren. Dat kan d.m.v. zorgsubstitutie: met name het verplaatsen van tweedelijns zorg naar de 1^e lijn en d.m.v. het vermijden van onnodige verwijzingen naar de 2^e lijn. Dit doen veel huisartsen en POH-s al met de ketenzorg voor DM, HVZ, VVR, COPD, astma, ouderenzorg en met de inzet van de POH-ggz. Echter er is meer mogelijk.

2.4.2 De context van het project

In Zoetermeer maakt 1,6% van de patiënten ca. 30% van de kosten in de curatieve zorg (bron: SGZ, 2016). Dit is vergelijkbaar met de rest van Nederland. (De kosten die in de Wet Langdurige Zorg gemaakt worden vallen hier deels buiten, d.w.z. voor zover het patiënten betreft die langdurig in verpleeghuizen/zorginstellingen verblijven en niet meer bij de huisarts staan ingeschreven). Per normpraktijk zijn dat er ca. 35 á 40. Ze worden anoniem vermeld in de praktijkspiegel die elke huisarts bij Vecozo kan opvragen. Zij maken gemiddeld € 42.000 zorgkosten per persoon per jaar (bron: SGZ, 2016).

Ca. 50% van deze duurste patiënten maakt incidenteel hoge kosten (bijv. trauma, oncologie).

Ca. 25% betreft chronische patiënten (bijv. dialyse, HIV, reumapatiënten).

Ca. 25% zijn patiënten met hoge kosten zonder direct aanwijsbare somatische oorzaak (bijv. mensen met psychiatrische problemen, met een major life event of met een gering weerstandsvermogen). (bron: M. Bruynzeels, JVEI)

Met name de laatste groep van 25% is een groep waarbij de kosten mogelijk te beïnvloeden zijn door begeleiding door de huisarts (en team). Maar ook patiënten met een primair somatisch lijden worden vaak onnodig naar andere specialismen doorverwezen of belanden onnodig vaak op de eerste hulp (de zgn. draaideurpatiënten).

Er is dus een groep patiënten die mogelijk baat kan hebben bij extra begeleiding in de eerste lijn en het sociale domein om door extra educatie, activering, dagbesteding, training, zingeving, verwerking, etc., kortom meer 'empowerment' beter te kunnen functioneren. Het gaat om ca. 10 van de 40 'duurste' patiënten per praktijk, maar we vermoeden dat het voor veel meer patiënten geldt.

3. Projectdefinitie; doelstellingen en werkwijze

3.1 Doelstellingen, c.q. op te leveren producten en diensten

Deze pilot is 'geslaagd' wanneer de volgende doelstellingen gehaald worden:

1. De huisarts krijgt *inzicht in het aantal patiënten met zeer hoge zorgkosten* in zijn/haar praktijk.
2. Bij de huisarts ontstaat *verwondering en interesse wie deze patiënten zijn*, welke problematieken zij hebben en hoe zij de best passende zorg kunnen krijgen.
3. De projectgroep ontwikkelt een *praktische methodiek*, d.m.v. zowel case-finding als data-analyse, waarmee de huisarts deze qua zorgkosten vermoedelijk duurste patiënten per praktijk kan *identificeren*. Het lukt om het gedeelte daarvan te *selecteren* (ca 25%), waarvan de zorgkosten en de kwaliteit van zorg in gunstige zin te beïnvloeden zijn door de huisarts met zijn/haar team: dat zijn de 'Hotspotters' van dit project!
4. De huisarts (met team) nodigt de geselecteerde patiënten (ca. 10 per praktijk) uit voor een of meer *positieve gezondheidsconsulten* en weet daarin het 'gespreksinstrument Positieve Gezondheid' zinvol toe te passen. En heeft bij ca. 5 van deze patiënten daaruit samen met de patiënt een *zorgtraject* in gang gezet in de eerste lijn (bij poh-ggz of andere paramedici) of in de nulde lijn (bijv. welzijn op recept), met follow-up gedurende 1 tot 3 jaar.
5. De projectgroep ontwikkelt een eenvoudige wijze van *monitoren* waarbij de huisarts (met team) bij deze ca. 5 patiënten elke 3 á 6 maanden de *ervaren gezondheid* volgt in de 6 domeinen van positieve gezondheid, en waarbij per jaar het feitelijk *zorggebruik* in de nulde, 1^e en 2^e lijn gevolgd wordt, met geschatte *zorgkosten*.
6. Bij de evaluatie (die voor dit cohort na 1, 2 en 3 jaar plaatsvindt) wordt een *triple aim* verbetering vastgesteld:
 - de ca. 20 geïnccludeerde patiënten ervaren hun gezondheid gemiddeld als beter
 - de patiënttevredenheid is gelijk gebleven of gestegen
 - de totale zorgkosten zijn (gemiddeld per patiënt) gedaald of ten minste niet gestegen

Ons cohort wordt gedurende 3 jaar gemonitord. Wanneer van dit cohort de triple-aim doelstelling na één jaar al gehaald wordt (januari 2018) is dat een indicatie dat er na een jaar al nieuwe cohorten gestart kunnen worden, in de deelnemende praktijken, maar ook in andere praktijken in Zoetermeer en elders. Er is nu al een trend meetbaar die deze verwachting waarschijnlijk maakt.

Zelfs wanneer de Business Case bescheiden berekend wordt, blijft deze nog sterk positief, zie hoofdstuk 4. In overleg met de preferente zorgverzekeraar (CZ) en de SGZ kan onderzocht worden hoe de eventuele gerealiseerde besparing zinvol geherinvesteerd kan worden. In dat geval zijn goede afspraken en een gezamenlijke regiovisie wenselijk, alvorens het project op grotere schaal uit te rollen. Mocht het ooit zover komen, dan mag mijns inziens de burger/patiënt hiervan mee profiteren, bijvoorbeeld door een verlaging van de zorgpremie of van het eigen risico. Een ander deel van de besparing kan worden geïnvesteerd in meer medische menskracht in de eerste lijn, om de beoogde populatie structureel meer aandacht te kunnen blijven geven.

3.2 Bereik/scope

Dit pilotproject beperkt zich tot de regio Zoetermeer i.v.m. de verwevenheid met de SGZ, die alle Zoetermeerse huisartsen faciliteert en opdrachtgever van het project is. Met collega's uit andere steden wisselen wij graag ervaringen uit m.b.t. nieuwe Hotspotters projecten. Wanneer in het voorjaar van 2018 (na 1 jaar deelname) blijkt dat voor de deelnemende patiëntenpopulatie de doelstellingen al gehaald worden, zullen de huisartsen uit Zoetermeer en Benthuisen van harte uitgenodigd worden om met dit project mee te doen.

De scope richt zich op patiënten die voldoen aan een of meer van de volgende kenmerken:

1. chronische/recidiverende psychiatrische ziekte
2. herhaalde of dreigende psychiatrische opnames
3. meerdere ziekenhuisopnames per jaar
4. groot aantal heropnames binnen 30 dagen
5. één of meer chronische aandoeningen
6. loopt bij 3 of meer specialisten
7. oncologie (onderzoek & behandeling 2e lijn)
8. palliatieve zorg (géén terminale zorg)
9. polyfarmacie
10. middelenmisbruik
11. dak- of thuislozen
12. kwetsbaarheid
13. eenzaamheid
14. ouderdom
15. frequente bezoeken SEH en/of HAP

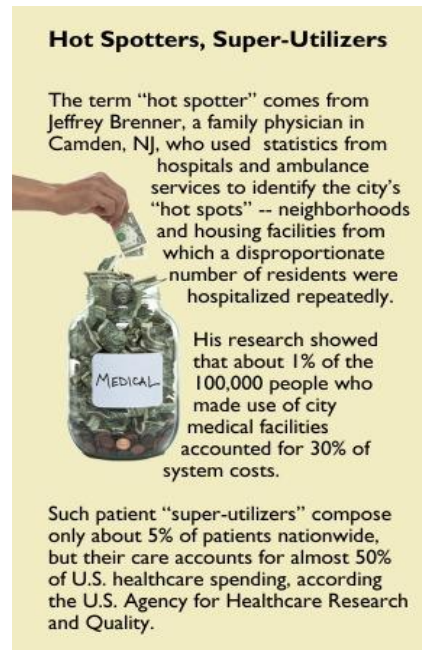


fig. 3

vergelijk met 2.4.2

Deze kenmerken zijn gekozen omdat ze geassocieerd zijn hoge zorgkosten (bron: JVEI, SGZ).

Patiënten die in terminale zorg verkeren zijn niet in de doelgroep opgenomen, omdat dit een project apart zou zijn, met een andere dynamiek.

3.3 Methodiek en werkwijze

Het pilotproject 'Hotspotters in Zoetermeer' is januari 2017 in 4 huisartsenpraktijken (populatie ca. 9.000 mensen) gestart en heeft – uitgaande van de doelstellingen (*cursief*) – de volgende werkwijzen:

1. Inzicht

De huisarts krijgt inzicht in het aantal patiënten met zeer hoge zorgkosten in zijn/haar praktijk.

De meest recente praktijkspiegel (bron: Vecozo / zorgprisma) laat zien dat elke praktijk zo'n 30-40 patiënten heeft die zoveel (m.n. tweedelijns) zorgkosten maken, dat Vecozo ze buiten de statistiek van de praktijk houdt. Vanwege privacywetgeving mag de zorgverzekeraar de identiteit van deze patiënten niet prijsgeven.

2. Interesse

Bij de huisarts ontstaat verwondering en interesse wie deze patiënten zijn, welke problematieken zij hebben en hoe zij de best passende zorg kunnen krijgen.

In de praktijk, hagro, huisartsengroep of wijksamenwerkingsverband kan men brainstormen wie het zouden kunnen zijn en wat men voor deze – mogelijk deels nog onbekende – groep kan betekenen. Zijn het draaideurpatiënten die ik maar weinig zelf zie, SOLK-patiënten die ik juist vaak zie, of chronisch zieken, psychiatrische patiënten, mensen met kanker of meerdere ziekten? Hoe goed ken ik mijn ‘hotspotters’? Hoe kan ik ze beter vinden en helpen?

3. Identificatie en selectie van hotspotters

De projectgroep ontwikkelt een praktische methodiek, d.m.v. zowel case-finding als data-analyse, waarmee de huisarts deze qua zorgkosten vermoedelijk duurste patiënten per praktijk kan identificeren. Het lukt om het gedeelte daarvan te selecteren (ca 25%), waarvan de zorgkosten en de kwaliteit van zorg in gunstige zin te beïnvloeden zijn door de huisarts met zijn/haar team: dat zijn de ‘Hotspotters’ van dit project!

Naar aanleiding van meerdere gesprekken in de projectgroep zijn voorlopig 15 populatie kenmerken vastgesteld waarmee de hotspotters te identificeren zijn (zie 3.2). Met behulp van twee methoden worden deze kenmerken ingezet: Enerzijds vanuit de spreekkamer en anderzijds door data-analyse, d.m.v. ICPC-codes en andere zoektermen. Uit beide zoekstrategieën ontstaan zo per praktijk 2 lijsten van elk 30 à 40 patiënten, met een nog onbekende overlap. De huisarts selecteert hieruit tenminste 10 patiënten die baat zouden kunnen hebben bij een of meer consulten Positieve Gezondheid en die kanshebbend zijn voor zorgsubstitutie. Bij deze selectie wordt primair uitgegaan van de overlap (de patiënten die op beide lijsten voorkomen, maar ook patiënten die op één van de lijsten voorkomen en die geschikt lijken, kunnen worden geïncludeerd.

We weten niet zeker of deze voorlopige methodiek daadwerkelijk de patiëntengroep met de hoogste zorgkosten in beeld brengt: dat zal in de jaarlijkse evaluatie moeten blijken. Door deze evaluatie en door studie en ervaring elders (zoals in het hotspotters project dat via de Campus Den Haag en het Jan van Es Instituut gaat starten), kan deze methodiek verder worden verbeterd. Dit moet leiden tot een bruikbare methodiek die door andere huisartsen kan worden gebruikt om de hotspotters in hun praktijk te identificeren.

4. Interventie en zorgtraject

De huisarts (met team) nodigt de geselecteerde patiënten (ca. 10 per praktijk) uit voor een of meer positieve gezondheidsconsulten en weet daarin het ‘gespreksinstrument Positieve Gezondheid’ zinvol toe te passen. En heeft bij ca. 5 van deze patiënten daaruit samen met de patiënt een zorgtraject in gang gezet in de eerste lijn (bij poh-ggz of andere paramedici) of in de nulde lijn (bijv. welzijn op recept), met follow-up gedurende 1 tot 3 jaar.

Naar aanleiding van het positieve gezondheidsgesprek vraagt de arts aan de patiënt wat hij/zij zelf belangrijk vindt om verder aan te willen werken.

Met (per praktijk) tenminste 5 van deze patiënten wordt een alternatief zorgaanbod en zorgplan aangeboden. Daarbij verkent de huisarts of bepaalde zorg uit de tweede lijn overgenomen kan worden en/of de patiënt gebaat is bij een andere benadering in de eerste lijn (evt. multidisciplinair) of nulde lijn (bijv. welzijn en gemeente).

5. Begeleiden en monitoren

De projectgroep ontwikkelt een eenvoudige wijze van monitoren waarbij de huisarts (met team) bij deze ca. 5 patiënten elke 3 á 6 maanden de ervaren gezondheid volgt in de 6 domeinen van positieve gezondheid, en waarbij per jaar het feitelijk zorggebruik in de nulde, 1^e en 2^e lijn gevolgd worden, met geschatte zorgkosten.

Hier gaat het om het starten en voorzetten van een zorgplan in de eerste lijn (in eigen praktijk of wijk), of in de nulde lijn (bijv. via Welzijn Op Recept). Deze patiënten worden dan langer gevolgd en begeleid en 1x per 3 á 6 maanden wordt met de patiënt geëvalueerd inclusief het invullen van het PG-spindiagram.

Onderzocht wordt of andere vragenlijsten ook zinvol zijn bijv. wat betreft patiënt-tevredenheid. Het feitelijk zorggebruik wordt bijgehouden (in het HIS), waarbij (met hulp van de SGZ) de zorgkosten voorlopig geschat kunnen worden.

Per praktijk wordt ernaar gestreefd om gedurende 3 jaar tenminste 5 van bovengenoemde patiënten te begeleiden. Wanneer gedurende het traject een patiënt uitvalt, zoekt men een andere patiënt om te includeren. Naast deze minimaal 5 patiënten met hoge zorgkosten kunnen meer patiënten geïnccludeerd worden, ook wanneer er (nog) geen hoge zorgkosten spelen die dan vermeden kunnen worden. Waarschijnlijk zijn er veel meer patiënten die baat kunnen hebben bij een traject Positieve Gezondheid, maar dat valt dan buiten dit onderzoeksproject.

6. Prognose en evaluatie

Bij de evaluatie (die voor dit cohort na 1, 2 en 3 jaar plaatsvindt) wordt een triple aim verbetering vastgesteld:

- de ca. 20 geïnccludeerde patiënten ervaren hun gezondheid gemiddeld als beter*
- de patiënttevredenheid is gelijk gebleven of gestegen*
- de totale zorgkosten zijn (gemiddeld per patiënt) gedaald of ten minste niet gestegen*

Een optie die nog overwogen wordt is: de huisarts of poh checkt (i.s.m. de SGZ) in hoeverre de geselecteerde patiënten daadwerkelijk tot de groep hotspotters behoren door met toestemming van de patiënt bij de zorgverzekeraar de totale zorgkosten per jaar op te vragen óf (wanneer dat niet haalbaar is) de zorgkosten te schatten o.b.v. het feitelijk zorggebruik.

Per deelnemende patiënt ontstaat op den duur een besparing die de extra kosten in de eerste lijn overtreft. Berekend is dat bij de in geïnccludeerde patiënten een aanzienlijk deel van de totale zorgkosten per jaar bespaard kan worden. Het gaat dan voor de 4 pilotpraktijken om tenminste $4 \times 5 = 20$ patiënten, waarvan na 1 jaar het bij 5 lukt om substantieel te besparen, na 2 jaar bij 10 en na 3 jaar bij alle 20. Zie hoofdstuk 4 over de business case.

Ook de methodiek van de begeleiding wordt geëvalueerd, jaarlijks en indien gewenst vaker. Hierbij wordt getoetst of het aanbod van consulten Positieve Gezondheid en Welzijn op Recept geschikt zijn voor deze doelgroep.

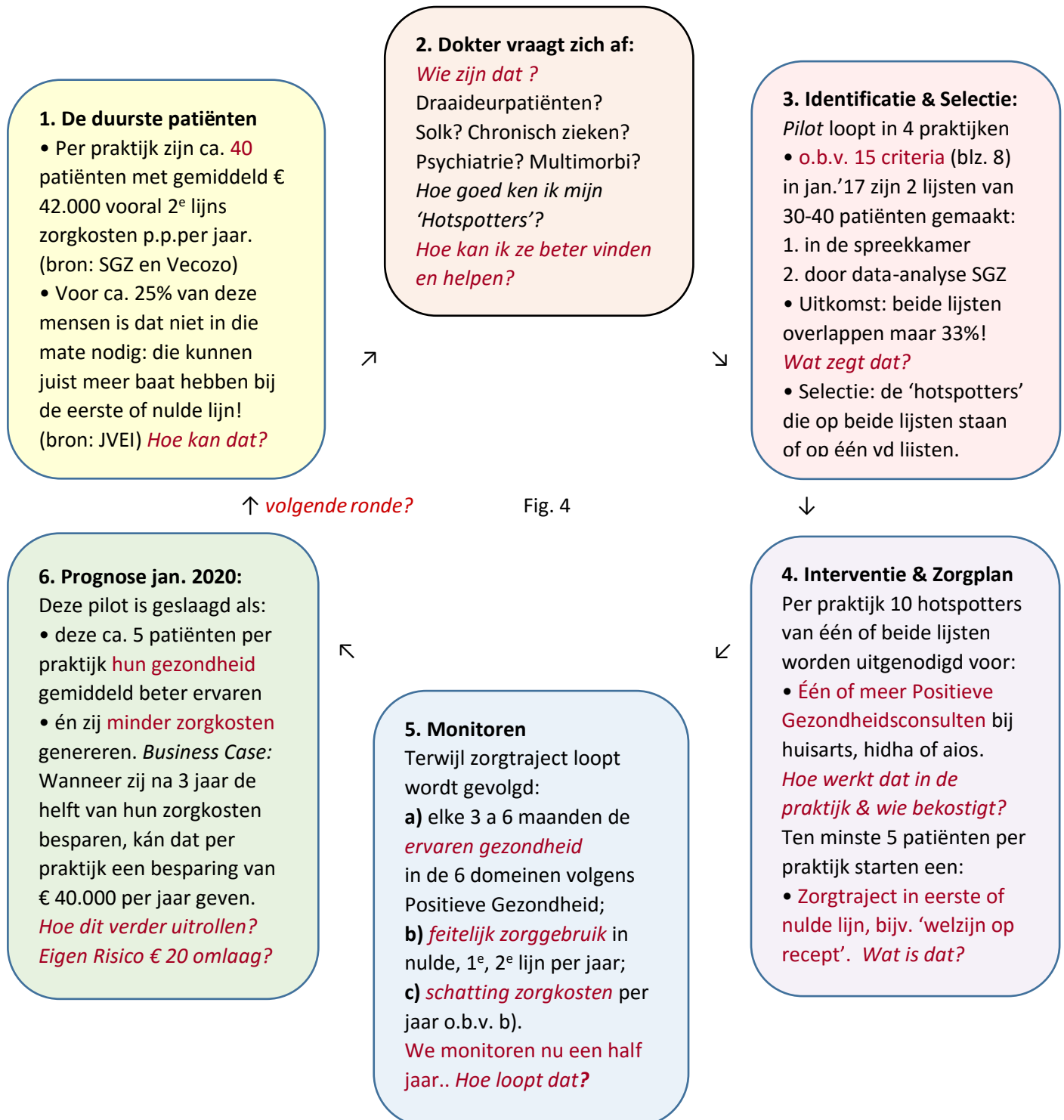
7. Attitudeverandering bij de deelnemende huisartsen

Huisartsen en praktijkmedewerkers leren welke aspecten van Positieve Gezondheid en Zorgsubstitutie zij Triple Aim toe kunnen passen en borgen in hun praktijkvoering.

Het is als attitude en interesse geland bij de dokter en in zijn/haar team. Het is als haalbaar stukje zorg voor een bijzondere populatie ingevoerd in de praktijk.

Een tweede cyclus kan van start gaan.

8. Samenvatting van de methodische cyclus:



3.4 Afbakening

Deze is reeds beschreven voor de pilotgroep van minimaal 4 praktijken, die samen minimaal 20 'kostbare patiënten' includeren om gedurende 3 jaar te volgen. Het maximum voor dit project bestaat uit deelname van alle huisartsen binnen de gemeente Zoetermeer en Benthuisen.

3.5 Randvoorwaarden

Dit projectplan moet voor de zomer van 2017 zijn aangevangen (is gebeurd).

Een eerste evaluatie vindt plaats eind oktober 2017 i.v.m. de presentatie door de projectleider op de afstudeerdatum van de kaderopleiding beleid en beheer, 9 november 2017 (gebeurd, dit is update).

De zorg voor en het monitoren van de betrokken patiënten loopt door tot 1 januari 2020.

Zo ook de begeleiding door de SGZ en het JVEI.

De bekostiging van gesprekken Positieve Gezondheid kan in ieder geval gecontinueerd worden gedurende de onderzoeksperiode.

3.6 Relaties met andere projecten

Dit project sluit aan op het project Positieve Gezondheid van Aline Pikaar- van Zuilen (2016), dat reeds geïmplementeerd is voor de Zoetermeerse huisartsen. Zie aanhang pagina 26.

Een verwant hotspotters project wordt op de Campus Den Haag vanuit het LUMC en i.s.m. het JVEI voorbereid voor de Haagse regio, gekoppeld aan een promotieonderzoek.

De meeste projecten van de met mij afstuderende collega's (Kaderopleiding Beleid en Beheer 2015-2017) sluiten aan bij mijn projectplan, omdat ze ook gaan over zorgsubstitutie en Triple Aim: Stabiele ernstig psychiatrische patiënten terug naar de eerste lijn (Marjolijne Vergouwen, Haarlemmermeer), Eerstelijns verblijfbedden (Deborah Smits-de Vries, Goed Bed in Eemland), Passende hulp Jeugd en Gezin (Marcia Anijs- de Krom, Rotterdam), Pilot POH-ggz-jeugd (Wilma van den Brink, Groningen), Rookvrije Generatie (Hilly ter Veer, Ureterp), Drie goede vragen in de huisartsenzorg (Gertrud van Vulpen), Samen borg voor ouderenzorg (André van der Zwan, Leidschendam).

3.7 Aannames

Aansluitend bij hetgeen reeds onder de randvoorwaarden is gezegd:

Het is mogelijk een pilotgroep van 4 á 5 patiënten per praktijk te vinden die deel uitmaken van de doelgroep 'hotspotters' en die begeleid en gemonitord kunnen worden.

De deelnemende praktijken kunnen een zorgaanbod in de eerste/nulde lijn realiseren dat aansluit op de behoefte van de doelgroep.

Deze praktijken kunnen een bepaalde mate van besparing realiseren.

De tweede lijn (directie Langeland Ziekenhuis Zoetermeer) stemt in met het projectplan.

Met de preferente zorgverzekeraar CZ is overeen te komen hoe de besparing zinvol voor alle stakeholders en doelmatig kan worden benut.

4. Business Case

4.1 Redenen om het project te starten

Zoetermeer wordt geconfronteerd met gestegen zorgkosten, ook in relatieve zin: er bleken in 2014 8% meer zorgkosten dan in de omliggende gemeenten te zijn (bron: SGZ).

In het pilotproject 'Hotspotters' wordt aan patiënten met grote zorgbehoefte en hoge kosten in de tweede lijn een Positieve Gezondheidsconsult en een aanvullend zorgplan aangeboden. Wanneer deze zorg beter aansluit bij hun zorgbehoefte, bevordert dit:

- a) het welzijn (de beleefde gezondheid) van deze patiënten,
- b) de gezondheid (de gemeten gezondheid) van deze patiënten.
- c) een reductie van m.n. hun zorgkosten in de 2e lijn.

Kostenreductie is dus één van deze 3 ('triple aim') doelen en daarvoor heb ik i.s.m. Liesbeth de Bock (SGZ) een business case berekend.

4.2.1 Huidige situatie

In Zoetermeer maakt 1,6% van de patiënten 30% van de totale zorgkosten. Dat is gemiddeld 40 patiënten per praktijk die gemiddeld per patiënt €42.000,- per jaar zorgkosten maken, m.n. in de tweede lijn (bron: SGZ en Vecozo-praktijkspiegels 2014).

Voor ca. 25% van deze patiënten zou dit niet aansluiten bij hun behoefte: zij hebben zeer waarschijnlijk meer baat bij een passend zorgaanbod en zorgplan in de 1e of 0e lijn (bron: Jan van Es Instituut). Zie hoofdstuk 2.4.2.

Bij de 5 pilotpraktijken gaat het om ca. $5 \times 0,25 \times 40 = 50$ patiënten. Omdat zij meestal niet direct in beeld blijken te zijn bij de huisarts noemen wij ze 'hotspotters' (naar Gawande, 2011).

4.2.2 Toekomstige situatie idealiter en realistisch

Wanneer theoretisch 10 patiënten per praktijk die hoge zorgkosten (€ 42.000 pp) niet meer zouden gebruiken, maar 'slechts' een geschatte € 4.225 pp (1^e lijns zorgkosten met overhead, zie tabel 4), met projectkosten á € 1200 per patiënt per jaar, dan zou dat per praktijk per jaar een besparing opleveren van: $€ 10 \times (42.000 - 4.225 - 1200) = € 365.750,-$ oftewel een kleine 4 ton.

Dit is illusoir om een aantal redenen:

- Deze patiënten kunnen niet direct geïdentificeerd worden (zie 3.1 en 4.2). Mogelijk doen ook andere dan de meest kostbare zorgbehoevende patiënten mee.
- Indien geïdentificeerd, dan zal de besparing per patiënt gemiddeld hooguit partieel zijn.
- De besparing treedt mogelijk pas na enkele maanden of jaren op.
- Meestal is er te weinig tijd om complexe en veel dure zorg vragende patiënten goede integrale aandacht te verlenen in het gewone spreekuur.
- De deelnemende huisartsenpraktijken kunnen met een extra tarief waarschijnlijk wel enkele van deze patiënten begeleiden met een ander zorgplan, maar niet alle.
- Gedurende de voortgang van de pilot kunnen huisartsen gaan afhaken (te druk of andere prioriteiten). Bij het verder uitrollen van het project zal waarschijnlijk blijken dat een deel van de huisartsen geïnteresseerd blijft.

Om deze redenen is het doel van deze business case bescheidener gesteld: namelijk ernaar te streven om bij tenminste 4 van 10 (verondersteld) kostbaarste patiënten per praktijk gedurende 3 jaar toe te werken naar een besparing van de helft (€ 21.000) van hun totale zorgkosten per jaar. Het gaat dan voor de 5 pilotpraktijken om $5 \times 4 = 20$ patiënten, waarvan na 1 jaar het bij 5 lukt om substantieel te besparen, na 2 jaar bij 10 en na 3 jaar bij alle 20 (zie tabel 2 en tabel 1). In onderstaande tabel 1 is te zien dat de cumulatieve besparing na 3 jaar dan € 547.612 bedraagt, dat is per praktijk per jaar gemiddeld € 36.507,-- oftewel een kleine 40 mille.

Ons inziens is dit haalbaar om een aantal redenen:

- De deelnemende huisartsen kunnen zich met hun team focussen op enkele patiënten
- De SGZ heeft een Positieve Gezondheidstarief van € 50 toegevoegd aan de € 18 van een dubbel consult. Dit extra tarief wordt voorlopig bekostigt vanuit GEZ-gelden. Men is in gesprek met de preferente zorgverzekeraar CZ om hier een S-3 tarief van te maken. Deze € 68 kan vaker gedeclareerd worden gedurende het begeleiden van de patiënt vanuit de positieve gezondheidsbenadering.
- Bij tijdgebrek in het spreekuur van de huisarts kan met dit extra tarief een waarnemend huisarts (evt. een voormalige aios, die de praktijk reeds kent) kostendekkend een dagdeel per week een positieve gezondheidssprekuur doen. Dit hebben wij reeds beproefd.
- Onderzocht wordt nog welke rol de POH-ggz, POH-s., coach en ELP (eerstelijnspsycholoog) kunnen spelen bij het geven van positieve gezondheidsconsulten voor sommige categorieën patiënten.
- Ook al kunnen de 'allerduurste' patiënten niet met zekerheid geïdentificeerd worden om privacy redenen, toch worden alleen patiënten met grote zorgbehoefte geïncludeerd.
- Er ontstaat bij de deelnemende huisartsen een attitudeverandering om meer integrale zorg in de eerste lijn en nulde lijn (gemeente, welzijn) te willen stimuleren en minder te verwijzen naar niet-noodzakelijke zorg in de tweede lijn. Voor de reductie van zorgkosten kan dit een 'collateral benefit' opleveren.

Tabel 1. financiële business case bij substitutie

1. Huidige/oude situatie	jaar 0	jaar 1	jaar 2	jaar 3
Aantal patiënten	20	15	10	0
Prijs per patiënt huidige situatie	€ 21.000,00	€ 21.000,00	€ 21.000,00	€ 21.000,00
Totale kosten	€ 420.000,00	€ 315.000,00	€ 210.000,00	€ 0,00
2. Nieuwe situatie		jaar 1	jaar 2	jaar 3
Aantal patiënten		5	10	20
Prijs per patiënt nieuwe situatie (zorg + overhead)		€ 4.225,42	€ 4.225,42	€ 4.225,42
Eenmalig investeringskosten		€ 36.164,24	€ 18.082,12	€ 18.082,12
Totale kosten		€ 57.291,32	€ 60.336,27	€ 102.590,43
3. Besparing		jaar 1	jaar 2	jaar 3
Per jaar		€ 47.708,68	€ 149.663,73	€ 317.409,57
Rendement op investering (ROI)		83,3%	248,0%	309,4%
Cumulatieve besparing			€ 197.372,41	€ 514.781,98
Terugverdienperiode		positief	positief	positief

Tabel 2. Nieuwe situatie (jaar 1,2,3)

aantal patiënten

Jaar 1	2e lijn	15	
	1e lijn	5	obv prevalentie is x
jaar 2	2e lijn	10	effect interventie is x%
	1e lijn	10	reductie verwijzing is x %
jaar 3	2e lijn	0	etc.
	1e lijn	20	

Tabel 3. Huidige/oude situatie (de helft van de totale zorgkosten blijft dan bestaan)

Specificatie	Aantal / kosten	Onderbouwing aannames	bron
Aantal patiënten			
2e lijn	20		
1e lijn	0		
Totaal	20		
Prijs per patiënt huidige situatie			
Variable kosten / zorg			
Prestatieverrichting x	€ 21.000,00	dit is een voorbeeld van een DBC tarief	DBC code y
		Bedrag is 50% van €42.000. Doelgroep: 1,6% patiënten in Z'm die 30% van de kosten (2e lijn) maken op de zvw (gem. €42.000 pp)	
Vaste kosten / overhead	€ -		
Totale kosten pp (incl. overhead)	€ 21.000,00		
	€ 21.000,00		
		50% kostenreductie van kosten pp in 2e lijn €42.000 voor 20 patiënten uit 5 praktijken (4 per praktijk)	

In de volgende tabel zijn de te verwachten zorgkosten berekend, wanneer de patiënt een traject gaat en blijft volgen in de eerste en/of nulde lijn. Hieronder vallen dan kosten uit de basiszorgverzekering die de huisarts met zijn/haar team maakt (o.a. Positieve Gezondheidsconsulten) en kosten psycholoog. Maar ook eventuele kosten uit de aanvullende verzekering, zoals voor de fysiotherapie en erkende alternatieve therapieën, zoals haptonomie of creatieve therapie. Ook kan het zijn dat de patiënt zelf een deel van de kosten moet opbrengen.

Tabel 4. Prijs per patiënt in nieuwe situatie

(uurtarieven staan nog niet vast)

Variable kosten / zorg	kosten (automatisch)	gemiddeld aantal uren per patiënt	Uurtarieven vastgesteld door Menzis
gemiddelde tijd per patiënt zorgverlener x			uurtarief zorgverlener x
HA	€ 1.118,70	10	€ 111,87
POH GGZ	€ 368,72	5	€ 73,74
Psycholoog	€ 1.080,00	12	€ 90,00
Specialist	€ -	0	€ 156,85
Welzijnmedewerker WMO	€ 360,00	6	€ 60,00
Aanvullende verzekering (fysiotherapie/alternatieve geneesw)	€ 1.098,00		€ 1.098,00
Zorg op eigen kosten patiënt	€ 200,00		€ 200,00
Optelsom variabele kosten/zorg	€ 4.225,42		
Variable kosten per patiënt	€ 4.225,42	handmatig het bedrag invullen of overnemen optelsom van de variabele kosten/zorg per zorgverlener x	
Vaste kosten / overhead			
Kosten per jaar	€ -	bijvoorbeeld licentie ICT kosten	
Overige	€ -		
Totale kosten per patiënt jaar 1	€ 4.225,42		
Jaar 2	€ 4.225,42		
Jaar 3	€ 4.225,42		

De onderstaande tabel geeft de begroting van het project 'Hotspotters in Zoetermeer' weer. Het betreft te verwachten organisatiekosten door de projectleider (huisarts en kaderarts beleid en beheer i.o.), de andere huisartsen, de SGZ (vergadertijd directeur, inzet medewerkers voor data-analyse en business case) en inhuur externe adviseurs.

Tabel 5. Eenmalige investeringskosten (projectbegroting)

Personeel	kosten	totaal aantal uren	
HA	€ 5.817,24	52	€ 111,87
Kader HA (projectleider)	€ 11.187,00	100	€ 111,87
POH	€ -	0	€ 54,08
Manager	€ -	0	€ 75,00
Specialist	€ -	0	€ 109,00
Paramedici	€ -	0	
SGZ adviseur	€ 4.160,00	52	€ 80,00
Inhuur externen	€ 15.000,00		
Materiaal			
ICT	€ -		
Overig			
Totale investeringskosten	€ 36.164,24	jaar 2 18.082,12	jaar 3 18.082,12

4.3 Samenvatting financiële baten en lasten

De verwachting is dat bij een kleine groep van in totaal 20 patiënten met zeer hoge zorgkosten uit vijf praktijken geleidelijk de helft (€ 21.000) van hun totale zorgkosten per patiënt per jaar (€ 42.000) bespaard kan worden door zorgsubstitutie. Geleidelijk d.w.z. na 1 jaar lukt dit bij 5 patiënten, na 2 jaar bij 10 en na 3 jaar bij 20 patiënten.

De baten na 1 jaar zijn dan 5x21.000, in het 2e jaar 10x 21.000, en in het 3e jaar 20x 21.000, in totaal over 3 jaar: 35x 21.000 = € 735.000

De lasten voor eerstelijnszorg ná zorgsubstitutie zijn per patiënt per jaar € 4225,42. Dus na 1 jaar betreft dat 5x 4225,42, in het 2e jaar 10x 4225,42, en in het 3e jaar 20x 4225,42. In totaal over 3 jaar betreft dit: 35x 4225,42 = € 147.890

De investeringslasten van de projectorganisatie zijn in het eerste jaar begroot op € 36.164, in het tweede jaar op € 18.082 en in het 3e jaar ook op € 18.082. Over de drie jaar opgeteld € 72.328

De *cumulatieve besparing na drie jaar* is dan: $735.000 - 72.328 - 147.890 = € 514.782$

Zelfs al zou de besparing slechts een tiende hiervan blijken (bijvoorbeeld omdat niet de allerduurste patiënten geïncludeerd zijn), dan nog is deze businesscase positief.

4.4 Opties

Een belangrijke optie is betere identificatie van de duurste patiënten, door deze gegevens onder voorwaarden te verkrijgen van de zorgverzekeraars. Hierover heeft de projectgroep 2x overleg gehad met CZ (als preferente zorgverzekeraar). De SGZ heeft zelf overleg gehad met Vecozo en met het Langeland Ziekenhuis. Ook is nog overleg mogelijk met Rivierduinen en Parnassia i.v.m. chronisch psychiatrische patiënten. Het overleg met CZ heeft welwillende interesse opgeleverd: men herkent het gemeenschappelijke belang van kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering van de zorg. Op basis van de privacywetgeving is het echter vooralsnog niet mogelijk gebleken om patiëntgegevens te verwerven om het selecteren doelmatiger te laten verlopen. Wel kunnen we reeds geïncludeerde patiënten toestemming vragen om inzicht in hun zorgkosten te krijgen.

4.5 Fasering en Tijdschema (geactualiseerd met stand 26 oktober 2017)

1. Een maand pre-selectie in de praktijk

In de periode december 2016/ januari 2017 hebben de deelnemende huisartsen patiënten geselecteerd o.b.v. 15 specifieke kenmerken (zie 3.2) die met hoge zorgkosten zijn gerelateerd. De huisartsen hebben hierover een startbrief gehad.

Om spontaan op zulke patiënten te komen is ook de surprise question toegepast: 'Als het zo doorgaat met deze patiënt(e), hoe gaat het dan over een jaar met hem/haar?'

Elke huisarts kreeg de vraag om een lijst van minimaal 20, maximaal 50 patiënten te maken.

- *Opbrengst:* Bij de 4 deelnemende praktijken leverde dit een lijst van gemiddeld 26 patiënten op.

2. Data-analyse door de SGZ

In dezelfde periode heeft Carla van der Bruggen (SGZ) voor zover mogelijk bij dezelfde 15 kenmerken alle passende ICPC-codes gezocht en andere zoek-parameters (zoals bij hoeveel specialisten in zorg) vastgesteld. Hiermee heeft zij een data-analyse verricht in Medicom in de patiëntenbestanden van de deelnemende praktijken:

- *Opbrengst:* Dit leverde een lijst op van gemiddeld 46 patiënten per praktijk op. I.v.m. de privacy werd deze lijst uitsluitend met de betreffende huisarts gecommuniceerd, en wel pas nadat de huisarts zijn/haar zelf-gegenereerde lijst gereed had.

3. Vergelijken van beide selecties

Het vergelijken van beide lijsten zou inzicht kunnen bieden in het verschil van beide zoek-strategieën. De huisartsen hebben in januari 2017 de data-analyse lijst eerst zelf vergeleken met de eigen lijst. Buitengewoon nieuwsgierig was iedereen hoe groot de overlap van beide zoekstrategieën zou zijn.

Opbrengst:

- De overlap bleek per praktijk verschillend, variërend van 24, 26, 36 en 45%, gemiddeld 33%. Dat bleek veel lager dan ieder had verwacht!
- De gemiddelde overlap (match) van beide lijsten was 10 patiënten per praktijk (variërend van 7, 9, 9 en 15, samen 40).

De vraag is wat de oorzaak van het grote verschil van beide lijsten is.

Betekent het dat de deelnemende huisartsen mogelijk toch beperkt zicht hebben op patiënten met veel zorg en hoge zorgkosten en dat data-analyse bij hen dit zicht verruimt? Of dat de zoekcriteria van beide zoek-strategieën toch onvoldoende afgestemd zijn of heel verschillend uitpakken?

4. Incluseren van 5 patiënten per praktijk

Elke deelnemende huisarts nodigt ca 10 meest preferente patiënten (van zijn/haar beide lijsten afkomstig) uit voor een Positieve Gezondheidsconsult, om te beginnen met de overlapgroep en met die patiënten van beide lijsten die subjectief het meest kansrijk lijken.

Hij/zij probeert dan minimaal 5 patiënten bereid te vinden om een zorgplan gaan volgen.

Wanneer dit gesprek als 'Positieve Gezondheidsgesprek' gevoerd wordt (minimaal 30 minuten, en nascholing van 2,5 uur gevolgd) kan dit in Zoetermeer extra gedeclareerd worden (Dubbel consult €18 + XPOSGEZ €50, bekostigd door de SGZ, zie aanhang).

5. Startbijeenkomst 24 januari 2017

Met stuurgroep en deelnemende huisartsen. Dit was een bruisende bijeenkomst waarin uitleg werd gegeven worden over het belang van dit project, met uitwisseling over eerste ervaringen, vragen en ideeën. Marc Bruijnzeels (JVEI, expert, inspirator en adviseur) en Sabine Vas Nunes (huisarts, als aios nauw betrokken bij de ontwikkeling van het project) waren hierbij ook aanwezig.

6. Overleg met preferente zorgverzekeraar

De projectgroep (zie 1.1) heeft het projectplan twee keer (in februari en mei 2017) besproken met de Senior manager Regioregie van de preferente zorgverzekeraar (CZ), de heer E. Leutscher. Bij het tweede gesprek was ook de inkoopmanager voor Zoetermeer aanwezig, mw. G. Prins-Siemons.

Primair werd naar inhoud gekeken. Het business plan was nog secundair. *Opbrengst:* zie 4.4.

De bekostiging van de PG-gesprekken gaat voorlopig via de SGZ. Er is overleg gaande met CZ of dit in 2018 een S3-verrichting kan worden.

7. Maart-december 2017 1^e fase pos.gez.gesprekken met zorgplan

Gedurende deze 1^e fase worden de zorgplannen uitgevoerd en gemonitord.

Vanaf maart zijn de deelnemende huisartsen begonnen om eerst aan de overlap-patiënten en later ook een aantal patiënten die op één van beide lijsten voorkomen Positieve Gezondheidsconsulten (PGC) aan te bieden met als doel nieuwe invalshoeken te vinden die de patiënten zelf als belangrijk aangeven en die kunnen leiden tot een passender zorgplan. Ook werd het PGC aangeboden aan patiënten die op geen van de lijsten voorkwamen, maar voor wie het wel zinvol leek.

De huisartsen hadden in de herfst van 2016 reeds een nascholing Positieve Gezondheid gevolgd.

Actuele stand van zaken →

Stand van zaken gemeten op 26 oktober w.b. het includeren van patiënten (volgende meting januari):

- Van de 40 overlap-patiënten (op beide lijsten voorkomend) hebben 18 een of meer Positieve Gezondheidsconsulten gehad.
- Van de overige patiënten op één van de lijsten voorkomend (D óf C) hebben 17 een PGC gehad, met eventueel vervolg.
- Van de patiënten die niet op de lijsten voorkomen hebben 4 een PGC gehad.
- Een zorgplan (in 1^e en/of nulde lijn) is gestart bij 14 D+C patiënten en 15 van de D of C-groep.
- NB: bij 29 patiënten (op één of beide lijsten voorkomend) loopt een zorgplan. Dat is genoeg om de pilot te doen slagen wat dit onderdeel betreft.

8. Intervisiegroep deelnemende huisartsen

In 2017 vindt 5x een geaccrediteerde intervisiebijeenkomst plaats voor de deelnemende huisartsen (zie overzicht in hoofdstuk 1) om ervaringen uit te wisselen en elkaar te inspireren. Bij twee van deze bijeenkomsten is de verdere projectgroep ook genodigd (Marc Bruijnzeels, JVEI en Harry van der Hoeven, SGZ). Drie bijeenkomsten vonden reeds plaats (januari, maart en juni), de volgende zullen in oktober en november zijn.

9. Vergaderingen Stuurgroep

De stuurgroep (samenstelling zie 1.3) heeft in het najaar van 2016 3x voorbereidend vergaderd en in 2017 3x begeleidend en aansturend.

De projectleider heeft samengewerkt met Carla van der Bruggen voor de data-analyse en met Liesbeth de Bock voor de business case, beiden van de SGZ. De volgende vergadering is in januari 2018 gepland, ter evaluatie van het eerste projectjaar.

10. Overleg met Langeland Ziekenhuis.

Dit vindt medio november 2017 plaats op directieniveau (SGZ en Langeland ziekenhuis) om afstemming en instemming te vragen voor het project. Door de tweede lijn erbij te betrekken kan het draagvlak worden vergroot, alsook zorgsubstitutie voor 2018 worden aangevraagd.

11. Januari 2018: evaluatie fase 1 en doorstart fase 2 (2018)

Tevens tussenbeoordeling of project geschikt is om grootschaliger uit te rollen: aanbieden aan alle huisartsen van Zoetermeer. Er is reeds interesse bij collega's in Den Haag en Leiden.

12. Januari 2019: evaluatie fase 2 en doorstart fase 3 (2019)

13. Januari 2020: evaluatie fase 1 t/m 3, evaluatie en afronding project,

Er vindt dan overleg met alle stakeholders plaats over hoe verder, hoe de eventuele besparingen geherinvesteerd kunnen worden, of verdere uitrol wenselijk is en onder welke voorwaarden en afspraken. Eventuele publicatie H&W.

5. Projectorganisatie

Projectmanagementstructuur

Stuurgroep

In de stuurgroep hebben zitting: Harry van den Hoeven, SGZ, opdrachtgever, Marco Ephraïm, huisarts en projectleider, Marc Bruijnzeels (adviseur, Jan van Es Instituut), en Sabine Vas Nunes, die als aios het project aanvankelijk heeft mee-ontwikkeld en als waarnemend huisarts een aantal

ochtenden Positieve Gezondheidssprekuren heeft gedaan. De stuurgroep komt ca. 4x per jaar samen.

Intervisiegroep

Hierin zitten de deelnemende huisartsen Aline Pikaar, Marco Ephraïm, Jeannette van der Schuit, Joriet Schneider. Tevens Sabine Vas Nunes (waarnemer) en Marlieke Ridder (huisarts in Den Haag en betrokken bij het onderzoek op de Campus Den Haag). Deze groep komt ca. 5x per jaar samen. De bijeenkomsten zijn geaccrediteerd voor huisartsen (EKC-er: Marco Ephraïm). Andere huisartsen binnen en buiten Zoetermeer worden van harte uitgenodigd om in te stappen en in het project! In overleg leveren wij korte nascholingen 'hotspotters' en 'positieve gezondheid'.

6. Kwaliteitsverwachtingen

Op den duur: meer aandacht en betere zorg voor de patiënt, in dit project m.n. voor de beoogde 'hotspotters'. Verbetering van beleefde gezondheid bij deze doelgroep.

Voor de gehele populatie kan dat alleen gerealiseerd worden wanneer een substantieel deel van de te verwachten besparing geïnvesteerd wordt in meer uren (fte's) voor artsen, assistentes en poh's per praktijk.

Dan is het mogelijk om structureel meer tijd per patiënt te besteden (meer consulten van 15, 20 of 30 minuten, waaronder PG), waardoor meer aandacht voor de patiënt en betere integrale eerstelijns zorg verleend kan worden, alsook meer samenwerking met de nulde lijn (gemeente, welzijn) kan ontstaan.

Dit geeft plezieriger werken voor artsen, assistentes en patiënten, alsmede daardoor meer zorgsubstitutie en besparing zorgkosten.

De verwachting is dat dan het aantal dubbele consulten en evt. speciale tarieven (zoals Positieve Gezondheid) zal stijgen, maar de besparing door zorgsubstitutie significant groter zal zijn.

7. Risico's

Omschrijving risico	Kans	Impact	Eigenaar	Maatregelen
1. Er zijn geen of te weinig patiënten te includeren	Heel klein	Groot	Iedere deelnemende huisarts	Advies projectleider vragen, assistentie SGZ data-analyse
2. Huisarts(en) haken af door drukte, ziekte of andere prioriteiten	Medium	Groot	Projectleider	Vervangende huisarts vinden/enthousiasmeren
3. Financiering Positieve Gezondheidsconsulten stopt voortijdig	Klein	Groot	SGZ	Overleg SGZ met huisartsen en met CZ
4. Business case valt negatief uit, door falen zorgsubstitutie of >kosten	Zeer klein want marge is ca. €500.000	Groot	SGZ	Evalueren, bijsturen of cancellen project
5.				
6.				
7.				

BIJLAGE 1: nadere uitleg van de begrippen Hotspotters, Zorgsubstitutie, Population Health Management, Triple Aim, 'Triple Value' en Positieve Gezondheid.

Hot Spotters

In dit project verstaan we daaronder de groep patiënten die een of meerdere kenmerken/aandoeningen hebben, waar zeer hoge zorgkosten mee geassocieerd zijn. Deze kenmerken worden in hoofdstuk xx beschreven. Dit kunnen zowel patiënten met multimorbiditeit zijn, als patiënten die tweedelijns zorg krijgen met één (kostbare) somatische aandoening of uitsluitend een chronisch psychiatrische aandoening, of patiënten die vaak naar het ziekenhuis gaan en bij wie eigenlijk geen ernstig lijden wordt gevonden (bijvoorbeeld somatisanten, solk-patiënten, draaideurpatiënten).

Een deel van al deze patiënten is onvoldoende in beeld bij de huisarts, maar wel 'in de buurt'. Vanwege dit mogelijk verborgen karakter maar vooral omdat ze vanwege bepaalde populatiekenmerken te vinden zijn, noemen wij ze 'hotspotters' (naar Gawande, 2011). Patiënten die in de WLZ zitten én die niet meer ingeschreven zijn bij een huisarts, vallen buiten onze doelgroep. Ook al kunnen die hoge zorgkosten genereren, ze vallen buiten onze scope.

In de Amerikaanse medische literatuur wordt de term "hot spotting" frequent toegepast:

A novel tool called hot spotting has been described in the grey literature [3] and has been used largely to identify and target patients with extremely high emergency room utilization. "Hot spotting" is the term used for the process of identifying geographic locations where health or safety concerns concentrate [3]. For instance, in Camden, New Jersey, a physician and his team identified where emergency department "super-utilizers" lived and provided improved case management and primary care to prevent emergency room visits. Similarly, geocoding efforts in public health research have linked health concerns such as asthma and lead poisoning to socioeconomic factors that are geographically associated with their diseases [4] [5]. In this research, Krieger and colleagues concluded that socioeconomic factors in the communities where patients live are predictive of patient re-hospitalization, demonstrating the importance of understanding community-level factors that affect hospital utilization. (bron: Holzer ea 2014, Open Journal of Preventive Medicine, http://file.scirp.org/Html/3-1340368_50032.htm#f2)

Zorgsubstitutie

Samenvatting: zorgsubstitutie betreft m.n. het verplaatsen van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn, of (in plaats van 2^e lijns zorg) het geven van andere passende zorg in de 1^e of nulde lijn.

Onder substitutie verstaat de NZa (bron: www.nza.nl) het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie. Hierbij is de veronderstelling dat substitutie doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere kwaliteit. In dit kader wordt ook wel gesproken over 'zinnige en zuinige zorg'.

Figuur 1. Zorg en ondersteuning op verschillende niveaus



Bron: VWS, brief 'zorg en ondersteuning in de buurt', kenmerk CZ/EKZ-3086843, oktober 2011

Fig. 5

In een bredere context is substitutie mogelijk tussen derde, tweede, eerste en nulde lijn. De minister schetst de gezondheidszorg als een piramide (zie figuur 1), waarbij het uitgangspunt voor het verlenen van zorg is 'dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan'. De basis van deze piramide wordt gevormd door zelfmanagement, mantelzorg en welzijnswerk. Het midden van de piramide bevat generalistische basiszorg en ondersteuning en eenvoudige specialistische zorg. Het middendeel omvat ook zorgvormen waarbij geïntegreerde zorgverlening centraal staat. De top van de piramide bestaat uit complexe medisch specialistische zorg en intensieve verpleging en verzorging. Dit advies richt zich op het midden van de piramide, waar laagcomplex curatieve zorg wordt geleverd.

Substitutie kan vanuit verschillende perspectieven worden gezien. Ten eerste kan bekeken worden in hoeverre patiënten alleen worden doorverwezen vanuit een generalistische naar een specialistische context wanneer dit echt nodig is. Ten tweede kan beschouwd worden in hoeverre zorg verschoven kan worden naar de plek (in eerste of tweede lijn) waar deze zorg het meest doelmatig geleverd kan worden. In dit NZa-advies wordt de huidige (2012) bekostiging vanuit beide perspectieven geanalyseerd. In de praktijk wordt in het kader van substitutie gesproken over het 'verplaatsen', 'voorkómen' en 'vervangen' van zorg. Bij het verplaatsen van zorg kan gedacht worden aan het verplaatsen van laagcomplex curatieve zorg vanuit de ziekenhuisomgeving naar de huisartsenpraktijk. Het voorkómen van zorg is gericht op het verminderen van de kans dat een patiënt (onnodig) in een hoger echelon behandeld moet worden. Hierbij kunnen activiteiten gericht op versterken van de eerste lijn en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn een rol spelen. Substitutie, wat letterlijk vervanging betekent, kan ook tot uitdrukking komen in het vervangen van de ene zorgvorm door de andere. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van e-health mogelijkheden.

Population Health Management, 'Triple Aim', en 'Six-pack of Innovation'

Samenvatting: onder PHM versta ik een benadering in de gezondheidszorg waarbij de kenmerken en de zorgbehoefte van (een deel van) de populatie (naast die van het individu) worden onderzocht. Hierdoor kunnen meer mensen die zorg nodig hebben (zowel preventief als curatief) tijdiger bereikt worden met een passend populatiegericht en geïntegreerd zorgaanbod vanuit een integrale visie.

Een zorgproject, zorginnovatie of zorgsysteem is 'Triple Aim' wanneer:

1. de objectieve (gemeten) gezondheid van de betrokken populatie verbetert
2. de subjectieve (beleefde) gezondheid, bijvoorbeeld de patiënttevredenheid, van deze populatie verbetert
3. de zorgkosten van deze populatie dalen

Begrijpelijk(er)wijs zijn beleidsmakers en zorgverzekeraars geïnteresseerd in zulke zorg!

Onze tijd vraagt m.i. om uitbreiding met: 4. waarden-onderbouwing (value-based medicine), 5. goede bereikbaarheid voor iedereen, 6. Duurzaamheid voor mens en milieu. Een 'six-pack of innovation' dus'.

Data-analyse is essentieel in PHM om bepaalde deelpopulaties met verhoogd risico op bepaalde ziekten op te kunnen sporen. Dit proces wordt risk stratification genoemd. In dit project gaat het om het opsporen van (soms niet zichtbare) patiënten met één of meer kenmerken/aandoeningen waardoor zij zeer hoge zorgkosten (gaan) maken, die niet altijd nodig zijn: de hotspots.

De oudste definitie die ik vond: 'Population Health Management is the coordination of care delivery across a population to improve clinical and financial outcomes, through disease management, case management and demand management' (McGraw Hill 2002).

In juli en december 2016 volgde ik een cursus Population Health Management georganiseerd vanuit het LUMC en het Jan van Es Instituut (www.jvei.nl) en daaruit vat ik het in eigen woorden als volgt samen: PHM is een benadering van de gezondheidszorg waarbij de kenmerken en de zorgbehoefte van (een deel van) de populatie (naast die van het individu) worden onderzocht. Hierdoor kunnen meer mensen die zorg nodig hebben (zowel preventief als curatief) tijdiger bereikt worden. Dit vraagt om een nieuwe cultuur van vertrouwen, afstemming, samenwerking en gezamenlijke besluitvorming van alle stakeholders in de zorg: burgers, patiënten,

zorgaanbieders nulde, 1^e en 2^e lijn, welzijn, beleidsmakers en zorgverzekeraars. Met als doel dat patiënten vanuit een integrale visie en geïntegreerde organisatie benaderd worden dan wel hierin zelf hun weg kunnen vinden en bereikbare, passende en betaalbare zorg ontvangen.

Voorbeelden van regio's waar dit gerealiseerd wordt laten zien dat 1. de gezondheid en 2. de tevredenheid van de populatie verbeteren en 3. de zorgkosten dalen (bijv. The Gesundes Kinzigtal programm, zie www.icare4eu.org, www.optimedis.nl). Een project of innovatie dat deze drie waarden binnen een te bepalen periode tegelijk laat verbeteren wordt 'Triple Aim' genoemd.

Het project 'Hotspotters in Zoetermeer' heeft ook een triple aim doelstelling.

4. Bij PHM spelen nieuwe waarden een rol die de zorg gaan bepalen: naast professionele waarden van zorgaanbieders ('evidence-based medicine') gaan enerzijds ervaringen, behoeften en eigen regie van patiënten, kortom 'patient-based values' en een even belangrijke rol spelen bij beleid en beheer van de zorg. Triple Aim is dus uit te breiden met een vierde gebied: patiënt gerelateerde waarden-onderbouwing ('value-based medicine', Jong-Myon Bae, Epidemiol. Health 2015). Positieve Gezondheid is hier een voorbeeld van!

5. Een vijfde kenmerk van goede en verantwoorde zorg is goede bereikbaarheid (accessibility) voor iedereen. 'Accessible care' en 'Affordable care' zijn hierbij belangrijke begrippen, zie o.a.:

www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Access-to-Health-Services en

www.eengezondernederland.nl/Heden_en_verleden/Zorg/Toegankelijkheid_van_zorg

6. Het zesde en zeer actuele kenmerk is tenslotte duurzaamheid (sustainability) van zorg, zowel voor mens, maatschappij als natuur. Zie bijvoorbeeld: <http://www.rug.nl/umcg/education/medicine/g2020-concept/sustainable-care> ; <http://sustainablehealthcarelab.nl> ;

<https://www.nudge.nl/blog/2015/09/08/duurzaamheid-de-zorg/> ;

<https://fd.nl/advertorial/innovationandyou/1189267/duurzaamheid-levert-zorgsector-geld-op> ;

Om zorginnovatie als PHM succesvol te maken is het dus belangrijk om volgens een 'Six-pack of Innovation' te werk te gaan, waarin Triple Aim (rode driehoek) en Triple Value (groene driehoek) integreren.

Zie onderstaande figuur; alle zes dimensies beïnvloeden elkaar

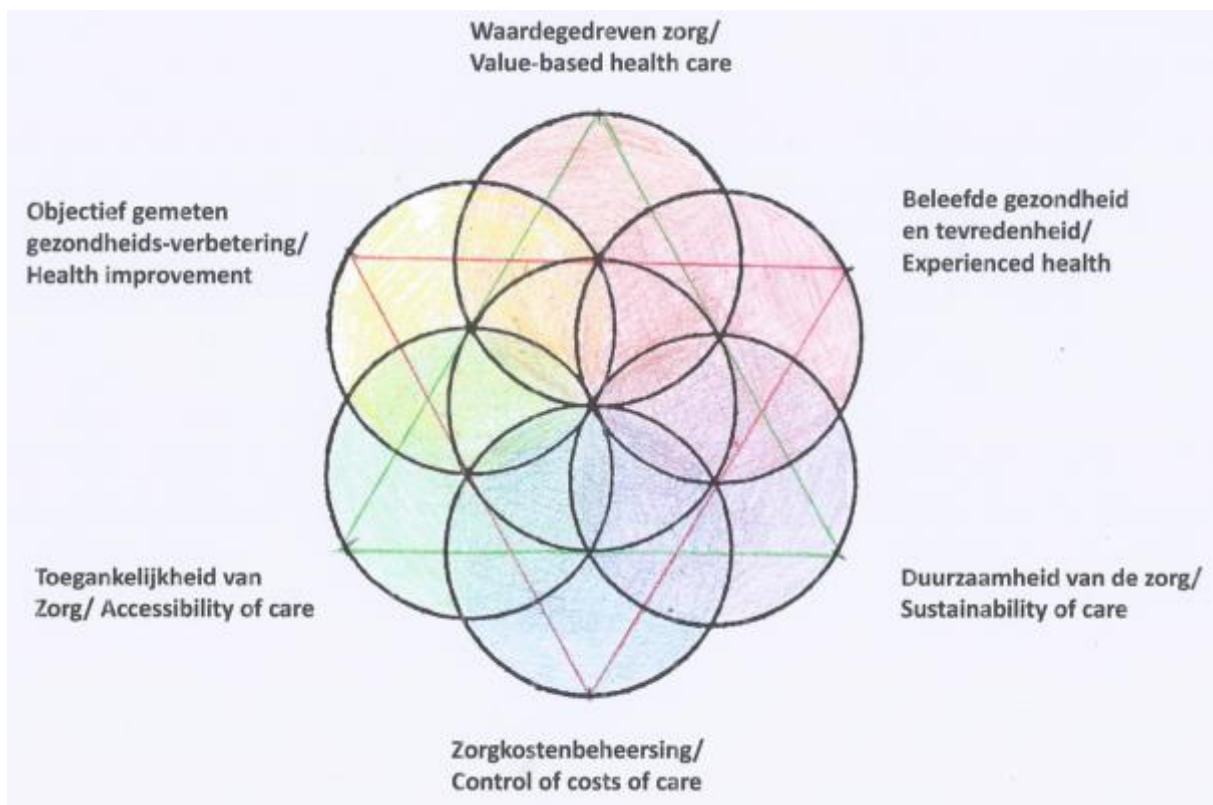


fig. 6. The 'Six-pack of Innovation': een integratie van Triple Aim (rode driehoek) en 'Triple Value' (groene driehoek)

Positieve Gezondheid

Samenvatting: Positieve Gezondheid is een benadering in de zorg waarbij de vitaliteit, veerkracht en eigen regie van de burger, cliënt of patiënt wordt bevorderd. Een hulpmiddel hierbij is de Positieve Gezondheidstest, waarin verkend wordt van hoe men de eigen gezondheid beleeft op zes levensgebieden: lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, zingeving, kwaliteit van leven, sociale/maatschappelijke betrokkenheid en dagelijks functioneren.

In dit project is Positieve Gezondheid (PG) als instrument gekozen om patiënten met complexe zorg gestructureerd aandacht en follow-up te bieden. De redenen waarom voor PG gekozen zijn:

- het is vanuit een brede basis met alle stakeholders in de zorg ontwikkeld en onderbouwd
- de beleving van de patiënt staat centraal
- het geeft de arts/zorgverlener (en de patiënt zelf) in kort tijd zicht geeft op hoe de patiënt zijn/haar gezondheid ervaart op zes essentiële gebieden van het leven en laat de patiënt zelf kiezen wat belangrijk is om aan te werken in een eventueel zorgplan
- het model is goed implementeerbaar in de eerste lijn.
- er is nog weinig effect-onderzoek naar gedaan en daar wil deze pilot een bescheiden bijdrage aan leveren.

Uiteraard zijn ook andere interventiemethoden mogelijk. Alleen al meer aandacht geven aan patiënten verhoogt al de tevredenheid en verlaagt de zorgkosten: een groep huisartsen in Gorinchem en Noord-Limburg doet kwartierconsulten i.p.v. 10-minutenconsulten en verwijzen sindsdien 6% minder (RTL-nieuws, 4 nov.'17). In het Limburgse Afferden werkt een huisartsenpraktijk volgens het concept Positieve Gezondheid. Het resultaat: 25% minder verwijzingen naar de 2^e lijn (Zorgvisie, 24 oktober 2017). Het lijkt erop dat meer aandacht + een integrale visie nog meer verbetering en besparing kan opleveren. Positieve Gezondheid heeft dat 'meer' in visie, omdat het uitgaat van gezondheidswaarden die mede vanuit patiënten zijn ontwikkeld: Positieve Gezondheids-geneeskunde is daarom te zien als een nieuwe vorm van 'value-based medicine' (zie vorige bladzijde).

Op basis van eigen ervaringen met ziekte is de Nederlandse arts Machteld Huber met ernstig zieke mensen waaronder verslaafden en mensen met oorlogstrauma's gaan werken en is zij vele jaren onderzoek gaan doen naar de factoren die onze gezondheid bepalen. Zij ging uit van de nog steeds gehanteerde definitie van gezondheid:

Gezondheid volgens de WHO (1948): 'Een toestand van compleet welbevinden, lichamelijk, psychisch en sociaal en niet alleen de afwezigheid van ziekte en gebreken'

Zij stelde vast dat deze definitie veel te idealistisch en statisch is. Gezondheid is een dynamisch proces waaraan je steeds werkt en waarbij het je kunnen aanpassen met veerkracht en eigen regie doorslaggevend zijn. In 2011 publiceerde zij hierover in de British Medical Journal en kreeg internationaal veel bijval voor haar nieuwe definitie:

'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.'

ZonMW gaf haar de opdracht vervolgonderzoek te doen om dit nieuwe gezondheidsbegrip verder uit te werken voor de praktijk. Eerst deed zij een kwalitatief onderzoek: samen met een groep deskundigen, patiënten en beleidsmakers kwam zij op wel 556 kenmerken voor gezondheid, die in 6 hoofdimensies van gezondheid ondergebracht werden, met in totaal 32 bijbehorende aspecten.

Machteld Huber heeft dit concept van de zes velden vervolgens getoetst door het aan ca 2000 medewerkers, inclusief patiënten en beleidsmakers, in de zorg voor te leggen! Ieder werd o.a. gevraagd hoe belangrijk elk van die 6 velden werd gevonden voor de gezondheid.

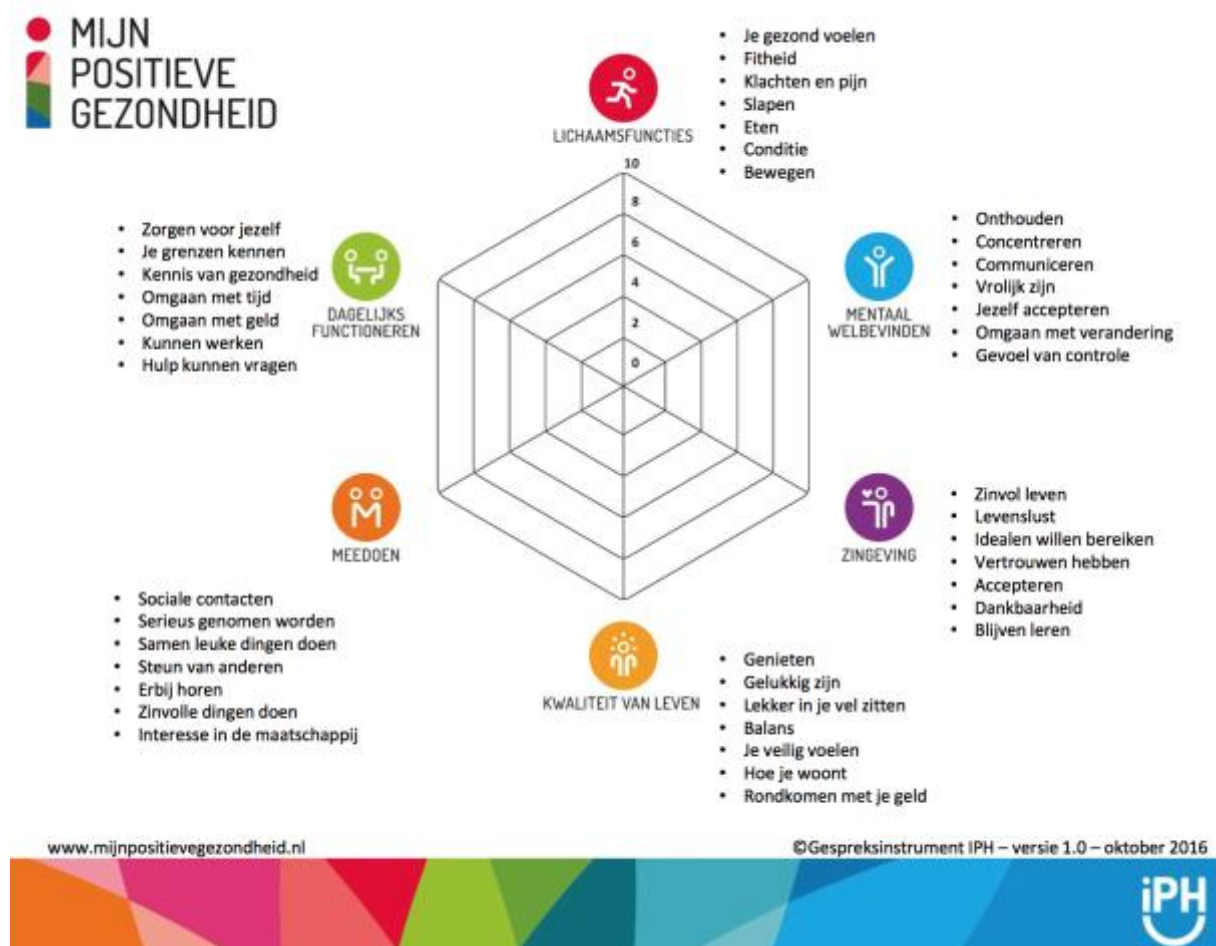
Dit onderzoek leidde tot enkele opmerkelijke uitkomsten, waaronder:

- Gezondheid wordt gezien als iets dat náást ziekte kan bestaan.
- Mensen met ervaring met ziekte gaan gezondheid breder beschouwen: het spiritueel-existentiële, de zingeving wordt steeds belangrijker.
- Beleidsmakers, onderzoekers en artsen blijken deze zingeving en ook maatschappelijke participatie minder belangrijk te vinden als bijdrage aan gezondwording. Hiermee sluiten zij minder aan bij wat patiënten echt nodig hebben. Dit vraagt dus om een nieuwe aanpak in de zorg! Verpleegkundigen die vaak toch het dichtst bij de patiënt staan, vinden deze thema's wel even belangrijk als de patiënt.

Het onderzoek mondde uit in haar promotie en dissertatie in 2014: "Towards a new, dynamic concept of HEALTH, its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food". In 2015 kreeg zij van ZonMW een Parel, als waardering voor haar werk.

De bredere kijk op gezondheid noemt Machteld Huber: 'Positieve Gezondheid', met zes dimensies. De patiënt wordt gevraagd bij elk van de zes velden 7 vragen te beantwoorden en een score te geven, van tevoren of in het gesprek met de arts of andere praktijkmedewerker. Die 7x6 vragen worden op een apart A4tje gegeven of wie digitaal handig is kan ze van tevoren on-line invullen via www.mijnpositievegezondheid.nl en de uitkomst delen met de arts/medewerker. De uitkomst van de vragen wordt dan ingevuld in het spindiagram, zie hieronder. Het ingevulde spinnenweb geeft dus weer hoe de patiënt zijn of haar gezondheid op dat moment beleeft bij elk van die zes velden. De beleving van de eigen gezondheid kan bij patiënten gevolgd worden in de tijd, bijvoorbeeld door dit per maand of per kwartaal te meten en te bespreken, terwijl een zorgplan loopt dat de patiënt en de arts/praktijkmedewerker samen hebben vormgegeven.

Figuur 7.

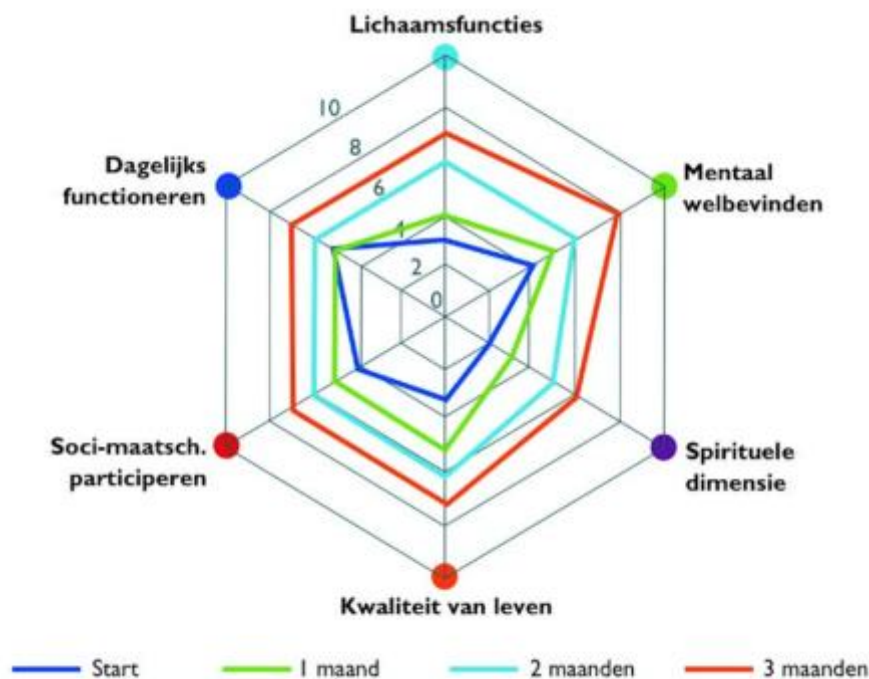


Tijdens het bespreken van het spinnenweb vraagt de arts/medewerker aan de patiënt wat die het belangrijkste vindt om aan te werken. Dat kan anders zijn dan de arts of therapeut zou verwachten of willen op basis van een protocol of ketenzorgplanning. Drie recente voorbeelden:

1.- Een Parkinsonpatiënt die al lang niet meer werkt als jurist mist maatschappelijke participatie. Belangrijk blijkt voor hem nu om weer bescheiden advieswerk te gaan doen. In het PG-gesprek ontstaat het idee om een visitekaartje te gaan maken. Met dit vooruitzicht ontstaat nieuw enthousiasme, ook om weer lichaamsstraining op te pakken. Het ene domein (maatschappelijke betrokkenheid, meedoen) beïnvloedt dus de anderen (psychisch welbevinden en lichamelijk functioneren).

2.- Een politiek vluchteling moet inpakwerk doen op een sociale werkplaats. Hij wordt steeds zieker en depressiever van het werk. De Poh-GGZ ontdekt dat het hem steeds doet herinneren aan ruimtes waarin hij in zijn land van herkomst werd mishandeld en gemarteld. Bij doorvragen bleek hij vroeger getuind te hebben (domein kwaliteit van leven). In een tuinproject achter ons gezondheidscentrum komt deze man weer tot leven: op een dag zie ik hem stralend bij de composthoop staan. Er ontstaat nieuwe moed om de traumaverwerking aan te gaan en beter om te gaan met zijn suikerziekte, waardoor hij weer voor zijn diabetescontroles bij de POH-s komt.

3.- Een psychiatrisch patiënte wordt zwanger. De gezonde buitenlandse vader zonder verblijfsvergunning wordt niet erkend als wettige vader en na de geboorte besluit de rechter op advies van de raad van kindbescherming tot een onder toezicht-stelling en uithuisplaatsing. Bureau Jeugdzorg dringt veiligheidshalve aan op een langdurige psychiatrische opname van moeder en kind zonder vader, hetgeen de ouders niet willen. Door actieve hulp voor de erkenning en verblijfsvergunning van de vader, goede medicatiebegeleiding van de moeder, multidisciplinaire samenwerking (inclusief advocaat), en actieve betrokkenheid van de hindoestaanse familie van moeder treedt een stabilisatie op waardoor het kind succesvol en begeleid weer veilig bij de ouders kan wonen. Een kostbare en ontwortelende psychiatrische opname is door gezamenlijke inzet voorkomen. Het steunsysteem van moeder en begeleiding in de thuissituatie (domein 'maatschappelijk participeren') alsook de medicatietrouw blijken doorslaggevend voor deze patiënte om succesvol in de andere domeinen te kunnen functioneren.



Figuur .

'Het Positieve Gezondheidsconsult, Positieve Gezondheidssprekuren en Positieve Gezondheidstarief':

In Zoetermeer heeft huisarts Aline Pikaar (tevens kaderarts beleid en beheer) in 2016 een nascholing over PG voor huisartsen georganiseerd. Hoe pas je het toe in de praktijk?

Een gesprek over hoe de patiënt zijn/haar gezondheid beleeft kan in ca. 30 minuten gebeuren.

Een vervolg kan in een tweede gesprek plaatsvinden om dan de patiënt zelf aan te laten geven wat belangrijk is voor in een eventueel zorgplan dat dan in de nulde of eerste lijn kan gaan lopen.

Ook kan de welzijnscoach in de wijk benaderd worden: www.welzijnopreceptzoetermeer.nl.

In het voorjaar van 2017 zijn mijn toenmalige aios Sabine Vas Nunes (nu huisarts), mijn twee collega's Jeannette van der Schuit en Joriet Schneider in ons gezondheidscentrum met positieve gezondheidsconsulten gestart voor mensen met complexe lichamelijke en psychische problematiek.

Deels betrof dit patiënten die als 'hotspotter' geselecteerd waren, deels uit eigen inzicht in de spreekkamer, voor wie we het nodig achtten.

Vanaf april 2017 heeft Sabine op waarneembasis 4 ochtenden een 'Positieve Gezondheidssprekuren' gedaan, waarin zij een aantal patiënten die door de drie huisartsen verwezen waren, 2 of 3x heeft gezien. Door deze waarneemconstructie en door het extra tarief voor positieve gezondheidsconsulten bleek dit de huisartsen tijdswinst op te leveren en kostenneutraal te zijn.

Omdat het consult minimaal een halfuur duurt heeft de SGZ (Stichting Georganiseerde eerstelijns Zorg in Zoetermeer) een tarief aan de Zoetermeerse huisartsen aangeboden: XPOSGEZ, dat € 50 bedraagt, en dat bovenop het dubbel consult van €18 gedeclareerd mag worden.

Dit tarief wordt gedurende 2017 voorlopig door de SGZ gefinancierd. Er zijn gesprekken met de in de Haagse regio preferente zorgverzekeraar CZ gaande om de mogelijkheid te onderzoeken of van het Positieve Gezondheidsconsult een S3-verrichting gemaakt kan worden, bijvoorbeeld uit de nog beschikbare substitutiegelden voor 2018.

Je kunt als huisarts dus kiezen deze consulten zelf te doen (hetgeen verrassend nieuwe inzichten over je patiënten kan opleveren, zie de drie eerder genoemde voorbeelden) of enkele patiënten door de hidsa, waarnemer of aios laten volgen.

In het kader van de module chronische zorg van de huisartsopleiding kan de aios één of meer zulke patiënten gedurende een jaar zelf volgen met enkele positieve gezondheidsconsulten.

We onderzoeken nog in welke mate ook de POH-GGZ, POH-S, coach, psycholoog ook PG-consulten kunnen doen en andere medewerkers Positieve Gezondheid kunnen toepassen in hun eigen werk, zowel qua kennis, vaardigheden als attitude.

In het NTVG van 27 juli 2017 wordt de toepasbaarheid van Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk besproken. De redacteur geeft in het redactioneel geen blijk van kennis waar het bij PG om gaat. De huisarts die er mee werkt in de praktijk geeft echter een veel genuanceerder beeld. Zoals op p. 23 vermeld heeft de invoering van PG in een huisartsenpraktijk in Noord-Limburg geleid tot 25% minder verwijzingen naar de tweede lijn.

Een half jaar toepassing in ons gezondheidscentrum laat voorlopig zien dat de implementatie van Positieve Gezondheid voor een kleine groep patiënten met complexe zorgvragen dikwijls een meerwaarde oplevert voor de patiënt en op dit moment qua tijdsinvestering en financiering haalbaar is. De volledige evaluatie van het eerste jaar van dit project volgt in januari 2018.

Zoetermeer, 6 november 2017

Marco Ephraïm