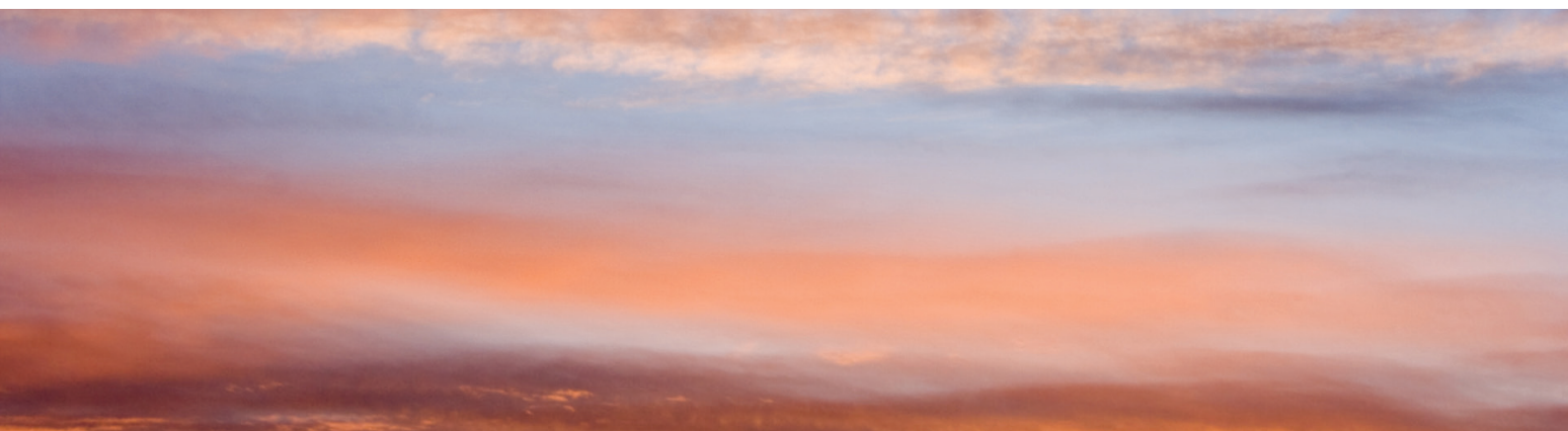




Uitnodiging tot het indienen van initiatieven voor Friese anderhalvelijnszorg

Inleiding	3
 Deel I Een visie op anderhalvelijnscentra	 5
1. Het lokale niveau	6
2. Het regionale niveau	8
3. Kenmerken van een anderhalvelijnscentrum en zijn modules	11
 Deel II Programma van eisen voor een anderhalvelijnscentrum	 13
1. Toetsingskader	14
2. Aanbod van anderhalvelijnszorg	16
2.1 Module Meekijkconsult	16
2.2 Module Huisartsenbedden	19
2.3 Module Specialistische verrichtingen	23
2.4 Module Kwetsbare ouderen	24
2.5 Ten slotte	26
3. Format aanvraag anderhalvelijnszorg	27



Goede zorg is een van de middelen om kwaliteit van leven te realiseren. Mensen ervaren kwaliteit van leven op de eerste plaats in hun eigen omgeving. Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij de klanten van De Friesland Zorgverzekeraar – dus de cliënten en patiënten van Friese zorgverleners – een sterke behoefte bestaat aan toegankelijke, herkenbare en goed georganiseerde zorg op de schaal van hun wijk, buurt of dorp.

Dit gegeven is een belangrijke leidraad geweest voor onze visie op de toekomst van de zorg in onze provincie. De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) heeft haar ideeën daarover onlangs beschreven in de ‘Toekomstvisie op de Friese gezondheidszorg in 2020’. Deze toekomstvisie is nadrukkelijk opgesteld vanuit een patiëntenperspectief. Vanuit dat perspectief bezien kan de zorg in Friesland het beste worden ingebed in zorgnetwerken. Deze zijn verankerd in wijk en buurt en bieden via de huisarts desgewenst toegang tot gespecialiseerde zorg. De netwerken, waarin zorgverleners nauw samenwerken, strekken zich uit over drie niveaus: lokaal, regionaal en provinciaal. Zo is iedereen in Friesland verzekerd van passende zorg die goed op elkaar aansluit, van het simpelste gezondheidsadvies tot de meest complexe behandeling. Ook sluit het zorgnetwerk goed aan bij wat de gemeenten doen op het gebied van participatie, welzijn en maatschappelijke ondersteuning.

Op ieder niveau willen we diensten voor onze klanten én voor de zorgaanbieders organiseren, die alleen op dat niveau doelmatig, met voldoende kwaliteit en volgens het subsidiariteitsbeginsel kunnen worden aangeboden. In de nu voorliggende notitie over anderhalvelijnszorg werken we dit nader uit. Deze notitie is bedoeld als uitnodiging aan ondernemers in de zorg en zorgaanbieders om initiatieven in te dienen die leiden tot de realisatie van anderhalvelijnscentra en het bieden van anderhalvelijnszorg.

Leeswijzer

In deel I van deze notitie betogen we dat de zorg voor de Friese patiënt beter wordt wanneer op lokaal en regionaal niveau twee nieuwe organisatievormen in de Friese zorgnetwerken worden opgenomen, respectievelijk inloopcentra en anderhalvelijnscentra. In deel II vertalen we de contouren van een anderhalvelijnscentrum in een programma van eisen. Dit programma van eisen zal gebruikt worden bij aanbesteding of bij toetsing van initiatieven die uit de sector zelf komen.

In hoofdstuk 1 staat een korte beschouwing over een betere organisatie van de zorg op lokaal niveau via inloopcentra. Deze organisatievorm is primair de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Toch staan we er in deze notitie kort bij stil. Daarbij hebben we de volgende overwegingen:

- Het beïnvloeden van risicofactoren voor ziekte, beperkingen en lage kwaliteit van leven is effectief als het preventiebeleid zo dicht mogelijk bij de burger is georganiseerd. Wat op het lokale niveau gebeurt, heeft ook impact op de zorg op regionaal niveau.
- Maatschappelijke en sociale problematiek leggen veel beslag op de beperkte capaciteit van de huisarts. Deze capaciteit moet weer zo veel mogelijk beschikbaar komen voor de kerntaken van de huisarts: diagnostiek en behandeling van medische problemen. Dat kan onder meer door maatschappelijke en sociale problematiek buiten de huisartspraktijk goed op te vangen.
- Als zorgverzekeraar heeft DFZ een integrale visie op het gewenste zorglandschap in Friesland. De meeste zorgpaden en zorgnetwerken tussen zorgverleners hebben hun wortels in de wijk, buurt of dorp. Voor een goede werking van de zorgnetwerken is samenwerking tussen gemeenten, zorgverleners en zorgverzekeraar onmisbaar.

- Het is doelmatig wanneer de vestiging van een anderhalvelijnscentrum gecombineerd wordt met een inloopcentrum in de buurt of wijk waar dat centrum is gevestigd.

DFZ zal in het bestaande samenwerkingsverband van het programma ‘Sociale en medische eerste lijn’ de gemeenten uitnodigen om de organisatie van het lokale deel van de zorgnetwerken voor haar rekening te nemen. In deze notitie geven we in hoofdstuk 1 onze visie op de gewenste samenhang tussen lokaal gemeentelijk beleid en de Friese gezondheidssector.

Deel I
Een visie op anderhalvelijnscentra

1. Het lokale niveau

De kijk op zorg en samenwerking op lokaal niveau is de afgelopen jaren gewijzigd:

- Gemeenten krijgen nieuwe taken voor maatschappelijke participatie en ondersteuning.
- De indicatie voor opname in verzorgings- of verpleeghuis wordt strenger. Ouderen blijven langer thuis wonen, dus in hun eigen gemeente.
- Een andere organisatie van preventie, sociale netwerken, vrijwilligers- en mantelzorg houdt burgers langer onafhankelijk van professionele zorg.
- Gemeenten hebben sterk bezuinigd op maatschappelijk werk. Huisartsen in Friesland zien in toenemende mate niet-medische problematiek in hun spreekkamers.
- Een betere organisatie van maatschappelijk werk en wijkverpleging in de wijk vergroot de capaciteit van de huisarts en maakt substitutie van zorg van de tweede lijn naar anderhalve of eerste lijn eerder tot een succes.

In het programma ‘Sociale en medische eerste lijn’ werken de Friese gemeenten en DFZ aan een nieuwe samenwerking en organisatie van hun taken. Friese gemeenten integreren hun diensten aan de burger – welzijnstaken, thuiszorg en wijkverpleging – op wijkniveau in wijkteams en organiseren afstemming met zorgverzekeraar.

Op wijkniveau bestaat behoefte aan een herkenbare voorziening met een lage drempel waar burgers kunnen binnenlopen voor sociaal-medisch advies. Waar zij een ontmoetingsplaats vinden als ze zich eenzaam voelen, of geholpen kunnen worden met bijvoorbeeld leefstijladviezen. Deze voorzieningen op wijkniveau zijn in de literatuur onder verschillende namen bekend: algemene consultatiebureaus, halvelijnscentra of inloopcentra. Aan deze inloopcentra kan bijvoorbeeld het maatschappelijk werk worden verbonden, een ouderenconsulent of het wijkteam.

De sociaal-medische zorg kent vanzelfsprekend duidelijke raakvlakken met de medische zorg voor chronische patiëntengroepen en kwetsbare ouderen. In de wijk wordt deze zorg primair gegeven door een huisartsen-samenwerkingsverband (HAS), in samenwerking met de wijkverpleegkundige. Zowel een inloopcentrum in iedere wijk als een HAS heeft in de visie van DFZ ieder een verzorgingsgebied van circa 10.000 inwoners. Beide verzorgingsgebieden zijn niet per se congruent, maar overlappen elkaar in belangrijke mate.

De samenwerking tussen een HAS en een inloopcentrum is een noodzakelijke voorwaarde voor doeltreffende preventie en zorgverlening aan de burger in een wijk. Onder de huidige omstandigheden zou de werkdruk van de HAS hoog zijn, mede omdat veel burgers zich met niet-medische vragen tot de huisarts wenden. Terugverwijzing van een patiënt naar welzijnsvoorzieningen, thuiszorg of maatschappelijke instanties is nu voor veel huisartsen een probleem, vanwege het veelvuldig wisselen van contactpersonen, nieuwe contractpartijen, bezuinigingen op voorzieningen of de complexiteit van de sociale kaart. Een goed afgestemd beleid op lokaal niveau kan daarin verbetering brengen. Omgekeerd kunnen de inloopcentra bij een duidelijke organisatie van de zorg op lokaal niveau een belangrijke rol vervullen bij preventie, advisering van de burger, bestrijding van eenzaamheid en vroegsignalering. Zij kunnen daardoor een deel van de vraag naar huisartsenzorg afvangen.

Verzorgingsgebied: een wijk of buurt; circa 10.000 inwoners, één inloopcentrum voor elk van de circa 65 wijken in Friesland

Taken:

- Preventie door leefstijladviezen (niet roken, matig drinken, meer bewegen, gezond eten)
- Ondersteuning zelfredzaamheid en zelfmanagement
- Maatschappelijke participatie en vrijwilligerswerk
- Ontmoetingsplaats cliënten die lijden onder eenzaamheid
- Dagbesteding
- Basis voor het sociale wijkteam
- Advisering sociale kaart bijvoorbeeld aan HAS
- Vroegsignalering ten behoeve van HAS
- Indicatiestelling voor verpleging en verzorging

Welzijnstaken en zorgtaken zijn voor veel burgers nauw met elkaar verweven. Daarom is een strikte scheiding van taken en een modulaire organisatieopbouw op wijkniveau niet zinvol.

Organisatie: de gemeente heeft de dagelijkse leiding. Deelnemers: het sociale wijkteam; part-time aanwezigheid van expertise voor bijvoorbeeld ouderenconsulent, wijkverpleging, apotheek et cetera. De Vereniging van Friese gemeenten zet een wijkportal op waarin iedere wijk onder meer zijn agenda, dienstverlening, openingstijden, aanwezigheid van hulpverleners toont en waarbij een algemeen deel op provinciaal niveau wordt verzorgd met bijvoorbeeld leefstijladviezen, trainingsprogramma's.

Governance: gemeente, wijkbewoners.

Beleid: het beleid voor de sociale en medische eerste lijn wordt in iedere Friese gemeente bepaald in samenwerking tussen de gemeente, GGD, de wijkverpleging en de lokale HAS(en). Als mederegisseur van het zorgaanbod in de sociale en medische eerste lijn, gebruikt de zorgverzekeraar het zorginkoopbeleid om het beleid van HAS en wijkverpleging op elkaar af te stemmen én dit beleid af te stemmen op de zorgnetwerken die het lokale niveau overstijgen.

Financiering: de hoofdfinancier van een inloopcentrum is de gemeente. Een inloopcentrum leent zich bij uitstek voor een populatiegebonden financiering: één budget per centrum. DFZ en de Friese gemeenten kunnen Zvw- en Wmo-middelen samenvoegen. Andere verzekeraars financieren mee op basis van de bestuurlijke afspraken in het kader van de proeftuinen.

2. Het regionale niveau

De afgelopen decennia zijn steeds meer patiënten die eigenlijk kunnen volstaan met huisartsenzorg, in de tweede lijn terechtgekomen en daar vaak gebleven. Daarbij zijn in het bijzonder vier grote groepen patiënten te onderscheiden: kwetsbare ouderen, patiënten met een chronische aandoening, patiënten die eenvoudige medische verrichtingen nodig hebben en patiënten die met een tijdig ‘meekijkconsult’ door de specialist niet zouden zijn verwezen naar de tweede lijn.

De wens van veel patiënten om de zorg dicht bij huis te krijgen, het groeiende aantal patiënten met een complex (want comorbide) ziektebeeld en de almaar stijgende kosten in de tweede lijn, hebben geleid tot een brede herbezinning op deze situatie. De centrale vraag is: hoe kan de eerste lijn weer de juiste plaats worden voor de diagnostiek en behandeling van patiënten die laag complexe zorg nodig hebben en die voor behandeling niet zijn aangewezen op de kostbare infrastructuur van de tweede lijn? De aanpak die op veel plaatsen in Nederland wordt verkend, bestaat uit een samenstel van drie bundels maatregelen:

- Het vergroten van de capaciteit van de huisartsenzorg.
- De medisch specialist tijdig betrekken bij verwijzing en diagnostiek in de eerste lijn.
- Het verplaatsen van niet-complexe zorg naar buiten het ziekenhuis.

Een voorbeeld van de eerste bundel maatregelen is de ondersteuning van de huisarts door gespecialiseerde praktijkverpleegkundigen. Of het aanstellen van een praktijkmanager voor niet-patiëntgebonden taken als de administratie of opzetten van samenwerkingsverbanden. Voorbeelden van de tweede bundel maatregelen zijn het organiseren van een consult van de specialist buiten het ziekenhuis, het geven van diagnostische adviezen in de huisartspraktijk of het inschakelen van specialisten in de ketenzorg. De derde bundel maatregelen heeft onder meer

betrekking op wondverzorging of kleine chirurgische verrichtingen die buiten het ziekenhuis worden gedaan. Een gemeenschappelijk kenmerk van de laatste twee bundels is dat ze niet langer gefinancierd worden met ziekenhuistarieven.

De uitvoering van deze maatregelen stelt eisen aan de doelmatige organisatie en kwaliteit van de zorg aan patiënten die niet langer meer in het ziekenhuis worden behandeld. Vooral wanneer frequente contacten tussen zorgverlener en patiënten bestaan, zijn dergelijke maatregelen alleen doelmatig te organiseren in de huisartspraktijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor de inzet van een praktijkmanager of een praktijkverpleegkundige GGZ. Voor andere maatregelen is het juist doelmatig en kwalitatief beter om ze op de schaal van een regio te organiseren. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om ‘meekijkconsulten’ de inzet van zogeheten kaderhuisartsen, het aanbod van gespecialiseerde verpleegkundigen die in het ziekenhuis zijn opgeleid, laag-complexe chirurgische verrichtingen, relatief kostbare diagnostiek of huisartsenbedden.

De wetenschap dat veel behandeling en controle in een ziekenhuis ook daarbuiten kunnen plaatsvinden, de wens om opname van bepaalde patiëntengroepen in de tweede lijn uit te stellen of te voorkomen en het inzicht dat het doelmatig en kwalitatief beter is om bepaald zorgaanbod niet lokaal te organiseren, heeft geleid tot groeiende belangstelling voor organisatievormen tussen de huisarts en specialist in. Organisatievormen waarin samenwerking tussen huisarts en specialist doelmatig plaats vindt en van waaruit huisartsenpraktijken kunnen worden ondersteund bij preventie, zorgvernieuwing, e-health, voorkomen van opnamen, betere kennisoverdracht, gespecialiseerde verpleegkundige advisering of diagnostiek.

Het anderhalvelijnscentrum

Verzorgingsgebied: regio, circa 100.000 inwoners, circa tien HAS'en en circa tien wijken

Taken:

- Huisartsenbedden: voorkomen van intramurale opnamen, herstellzorg, snelle terugkeer van patiënt naar huis, 7x24 bedden; differentiëren naar patiëntengroepen (psychiatrie, kwetsbare ouderen et cetera).
- Spreekuur beperkt aantal specialismen bijvoorbeeld interne geneeskunde, cardiologie, longspecialisme, orthopedie, neurologie.
- Eerstelijnsdiagnostiek (echografie, spirometrie et cetera), 'prikpunt'.
- Ontwikkeling en stimulering van preventie en e-health in het verzorgingsgebied.
- Thuisbasis specialistisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde, kaderhuisarts.
- Administratie en financiering van consultatiefuncties.
- Een verrichtingenkamer, kleine operatiekamer.
- Epidemiologische/sociale kaart op basis van (anonieme) HIS-gegevens.
- Welzijnmodule, vergelijkbaar met inloopcentrum, voor de wijk waar het anderhalvelijnscentrum is gevestigd.

Organisatie: Kleine staf die ook 7x24 aanwezigheid garandeert. Website voor online afspraken, beschikbaarheid specialisten, rooster spreekuren, reserveren gespecialiseerde verpleegkundigen et cetera.

Locatie: Start met één locatie per regio. Prioriteit heeft het hergebruik van vrijkomend onroerend goed in de zorgsector.

Governance: Onroerend goed gehuurd (eigendom van ziekenhuis, de Ondernemende Huisartsenvereniging Friesland (OHF), organisatie in de care et cetera); bestuurd door of namens HAS of Hagro en vertegenwoordigers van de care in de regio, optioneel mede door specialisten. Statutair bepalen huisartsen het medisch beleid.

Beleid: Het medisch beleid van het anderhalvelijnscentrum wordt bepaald door de huisartsen uit het verzorgingsgebied van het centrum. De zorgverzekeraar bepaalt de randvoorwaarden waaronder wordt gewerkt op basis van een programma van eisen. Het beleid van het centrum voorziet in nauwe samenwerking tussen de medische en verpleegkundige/verzorgende functies.

Financiering: Hoofdfinancier van een anderhalvelijnscentrum is de zorgverzekeraar. De financiering van het centrum leent zich op termijn voor populatiegebonden financiering. Het (meerjaren)budget van het centrum wordt berekend op basis van een (maatschappelijke) businesscase die voor iedere module worden gemaakt. Vooralsnog wordt het centrum gefinancierd door tarieven per module.

Wij verwachten dat ook in Friesland de patiëntenzorg verbeterd kan worden als we de structuur van zorgnetwerken versterken door de ontbrekende schakel tussen huisartszorg en specialistische zorg in een organisatie vorm te geven: het anderhalvelijnscentrum. Dit is een organisatie waarin het medisch beleid bepaald wordt door de medisch generalist. In een anderhalvelijnscentrum wordt de zorgverlening tegen eerstelijns- of anderhalvelijnstarieven afgerekend en zijn kennis en faciliteiten ter ondersteuning van de HAS'en doelmatig georganiseerd. Daarnaast is deze 'ontbrekende schakel' gebaat bij samenwerking met medisch specialisten, ziekenhuizen en organisaties uit de care.

De anderhalvelijnscentra kunnen, in samenwerking met de gemeenten waar ze zijn gevestigd, ook voor de lokale gemeenschap een functie vervullen als inloopcentrum (zie hoofdstuk 1), zoals dat nu al het geval is in Sûnenz in Drachten. In dit centrum zijn verschillende diensten ontwikkeld die zowel voor de lokale bevolking van belang zijn als voor de regio. Het centrum is nu bezig zijn regiofunctie verder te ontwikkelen. Daarbij is het wel van belang dat beide functies duidelijk onderscheiden zijn. Beide functies verschillen immers in verzorgingsgebied, governance, taken en financiering.



3. Kenmerken van een anderhalvelijnscentrum en zijn modules

De opbouw en samenstelling van het takenpakket van een anderhalvelijnscentrum vraagt om een modulaire beschrijving. Immers, niet ieder centrum hoeft een kopie van het andere centrum te zijn. Het is ook niet noodzakelijk om alle modules in alle centra onder één dak beschikbaar te hebben. Een modulaire opbouw is mogelijk omdat de verwevenheid tussen de verschillende taken en diensten minder sterk is dan bij de inloopcentra. En het is een voordeel, omdat ieder anderhalvelijnscentrum zo beheerst kan groeien met nieuwe modules waarvan de doelmatigheid is aangetoond en waarvoor in de regio behoefte bestaat.

In deel II van deze notitie, het programma van eisen, beschrijven we de modules uitvoerig. Die beschrijving is nog niet uitputtend, en een aantal denkbare taken en diensten is nog niet in een module opgenomen. Bijvoorbeeld de aanjaag- en ontwikkelfunctie die het anderhalvelijnscentrum voor de HAS'en kan vervullen op gebieden als preventie, e-health of zelfmanagement. En het is mogelijk dat paramedische diensten, een apotheek of verschafters van medische hulpmiddelen zich aan de anderhalvelijnscentra verbinden.

Een anderhalvelijnscentrum kenmerkt zich in eerste instantie als een kerncentrum met een beperkt aantal diensten dat zich richt op de eerder genoemde vier patiëntengroepen. Vanuit deze kern kan een centrum de komende jaren groeien, afgestemd op de behoefte in de regio en de positieve (maatschappelijke) businesscase. Het verzorgingsgebied kan geleidelijk toenemen, meer diensten kunnen worden aangeboden en het centrum kan meer groepen patiënten gaan bedienen. De praktijk van de komende jaren zal leren welke schaal voor welke diensten optimaal is en welke ondersteuning door de HAS'en in de regio noodzakelijk is. Tegen deze achtergrond zijn de kengetallen die in het programma van eisen worden genoemd indicatief. DFZ streeft naar een evenwichtige dekking van de verzorgingsgebieden van de anderhalvelijnscentra over Friesland. In iedere van de

zes regio's dient voldoende draagvlak te bestaan onder de huisartsen in de regio. Het initiatief tot het oprichten van een centrum kan door verschillende partijen genomen worden, bijvoorbeeld gemeenten, organisaties uit de care-sector, ziekenhuizen, HAS'en of een Hagro. Essentieel is in alle gevallen dat het medisch beleid bepaald wordt door de huisartsen in het verzorgingsgebied van het centrum. Essentieel is ook dat huisartsen nauw samenwerken met de medisch specialisten, de verpleegkundige en verzorgende professionals en dat ieder centrum zijn diensten afrekent tegen eerstelijns- of anderhalvelijnstarieven. Van belang is verder dat vrijkomend onroerend goed in de tweede lijn of care-organisatie zoveel mogelijk benut wordt.

Een anderhalvelijnscentrum heeft een aantal algemene en bijzondere kenmerken. De algemene kenmerken hebben betrekking op de ontwikkeling van het centrum als organisatie. De bijzondere kenmerken hebben betrekking op de aangeboden modules.

Algemene kenmerken

- Het centrum start met een verzorgingsgebied van circa 20.000 inwoners. Het centrum is schaalbaar voor een door groei naar een verzorgingsgebied van circa 100.000 inwoners.
- Het centrum heeft als missie:
 1. Voorkomen of uitstellen van opnamen, verwijzing en behandeling in de tweede lijn.
 2. Ondersteunen van huisartsen en werkers in de nulde en eerste lijn met kennis en faciliteiten.
 3. Stimuleren van het gebruik van ICT bij communicatie tussen zorgverleners en patiënten, het vergroten van zelfredzaamheid en zelfzorg van de cliënten in het verzorgingsgebied en bevorderen van preventie en e-health in het verzorgingsgebied.

4. Jaarlijks genereren van positieve maatschappelijke en financiële baten en aantoonbare (meetbare) gezondheidswinst voor de cliënten in het verzorgingsgebied.
5. Het stimuleren van effectieve en doelmatige samenwerking tussen generalisten en specialisten, zowel in de medische als verpleegkundige professies.

Het centrum werkt samen met minimaal tien huisartsenpraktijken en/of voor een verzorgingsgebied van circa 20.000 ingeschreven burgers, en wordt ondersteund door de relevante poortspecialismen: longartsen, internisten, cardiologen, orthopeden, een specialist ouderengeneeskunde en een geriater.

- Het centrum richt zich in eerste instantie op vier patiëntengroepen: kwetsbare ouderen, patiënten die met een kortdurende opname of 'herstelzorg' zijn geholpen, patiënten die voor een niet-complexe (electieve) ingreep behandeld worden in het centrum en patiënten die door een meekijkconsult niet verwezen hoeven te worden naar de tweede lijn.
- Huisartsen bepalen het medisch beleid in het centrum en werken nauw samen met de verpleegkundige en verzorgende disciplines in het centrum.
- Het centrum rekent eerstelijns- en anderhalvelijnstarieven.
- Het centrum maakt primair gebruik van vrijkomend onroerend goed in de zorgsector.
- Organisaties in de care in de het verzorgingsgebied werken nauw samen met het centrum, of participeren daarin.
- De centra hebben een uitgesproken MVO-profiel.

Bijzondere kenmerken

Wij denken dat een samenhangend dienstenpakket van een anderhalvelijnscentrum bestaat uit tenminste vier modules: meekijk-

consulten, huisartsenbedden, specialistische verrichtingen en kwetsbare ouderen. Hieronder beschrijven we de bijzondere kenmerken van deze modules. In deel II van deze notitie gaan we meer in detail in op de eisen die zowel aan het centrum als aan de modules worden gesteld.

Module 1. Meekijkconsult

- Doel: voorkomen van verwijzing van patiënten naar de tweede lijn door consultatie van specialisten in de eerste lijn door huisartsen of door een spreekuur van specialisten in het centrum.

Module 2. Huisartsenbedden

- Doel: voorkomen van opnamen in de tweede lijn.
- Patiënten worden voornamelijk uit de thuisomgeving opgenomen.
- Iedere opname is kortdurend en gericht op terugkeer naar huis.

Module 3. Specialistische verrichtingen

- Doel: voorkomen van chirurgische/specialistische behandeling in de tweede lijn indien gebruik van de infrastructuur van de tweede lijn medisch gezien niet noodzakelijk is.
- Patiënten zijn door de huisarts geïndiceerd voor een behandeling.

Module 4. Kwetsbare ouderen

- Doel: Voorkomen of uitstel van opname van kwetsbare ouderen in de tweede lijn.
- Ondersteunen HAS bij behoud en herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid van de patiënt om deze thuis te laten wonen.
- Ondersteuning wijkverpleging en HAS met expertise.



Deel II

Programma van eisen voor een anderhalvelijnscentrum

1. Toetsingskader

In dit tweede deel van onze notitie over anderhalvelijnszorg, vertalen we onze visie uit deel I naar een programma van eisen voor initiatieven van zorgaanbieders op dit terrein. Deze initiatieven dienen uiteraard ook te passen in het inkoopbeleid van DFZ. Graag nodigen we partijen uit tot het indienen van initiatieven die leiden tot de realisatie van anderhalvelijnscentra en het bieden van anderhalvelijnszorg.

In hoofdstuk 1 vindt u het toetsingskader met algemene eisen aan anderhalvelijnscentra. In de paragrafen 2.1 tot en met 2.4 staat een beschrijving van verschillende modules (met specifieke eisen) die DFZ graag uitgevoerd ziet binnen een centrum. DFZ zal Zorgbelang Fryslân betrekken bij het beoordelen van de onderdelen van het toetsingskader die relevant zijn voor een goede toegankelijkheid en kwaliteit voor de cliënt.

Initiatieven worden getoetst aan de hand van de volgende criteria:

1. Innovatie en toegevoegde waarde voor de klant.
2. Beoogde resultaten.
3. Aard en omvang multidisciplinaire samenwerking.
4. Professionaliteit van aanpak en samenwerking.
5. Financiële onderbouwing.
6. Verzorgingsgebied en opschalingsplan.

Ad1 innovatie

In het voorstel toont de aanbieder aan dat hij een nieuwe vorm van zorg nastreeft, waarbij geen sprake is van losstaande domeinen als de eerste en tweede lijn, maar van een nieuwe samenwerkingsvorm. De zorgvraag van en toegevoegde waarde voor de klant vormt de basis voor de inrichting van de anderhalvelijnszorg. Het zorgpad/zorgaanbod wordt voor de klant eenvoudiger, effectiever en efficiënter (bijvoorbeeld *one stop shop*).

Het initiatief heeft de volgende uitgangspunten:

- Het is een netwerkorganisatie dichtbij de klant, die samenwerkt met partijen uit de regio.
- Het levert in ieder geval preventie, diagnostische mogelijkheden, e-health en het stimuleert zelfmanagement/zelfredzaamheid
- Eerstelijnsfuncties en specialistische kennis (uit de tweede lijn) worden vanuit een nieuwe zorgvorm aangeboden, gericht op het voorkomen van opnamen in de tweede lijn.
- Het initiatief werkt aantoonbaar aan zowel samenwerking tussen huisartszorg en specialistische zorg als samenwerking met care en met welzijn/gemeenten.
- Het initiatief richt zich op een paradigmaverschuiving van ziekte en zorg (care) naar diensten gericht op preventie en herstel. Bijvoorbeeld door het stimuleren van beweging, goede voeding en psychosociale redzaamheid.
- Het initiatief zet in op het stimuleren van preventie en e-health toepassingen in de regio, om zo de zelfredzaamheid van de patiënt te vergroten en de inzet van professionele zorg aantoonbaar te verminderen.
- Het initiatief is onderbouwd met een plan van aanpak, begroting en positieve businesscase.

Ad2 Wat zijn de beoogde resultaten?

Het initiatief levert de volgende resultaten:

- Zorg wordt geleverd dichtbij de klant.
- Substitutie van de tweedelijnszorg betekent minder verwijzing en opnamen en een verschuiving van zorg die voorheen in de tweede lijn werd gegeven.
- Overdracht van specialistische kennis.
- Prestaties die voorheen in de tweede lijn werden geleverd, worden tegen substantieel lagere tarieven aangeboden.
- De kwaliteit van zorg is meetbaar gelijk of beter op de volgende uitkomsten:

- medische uitkomsten;
- kwaliteit van leven;
- klantervaring.

Ad3 Aard en omvang multidisciplinaire samenwerking

- Het voorstel toont hoe partners in het initiatief, waaronder organisaties in de care, continuïteit en samenhang van zorg in hun regio vanuit het centrum tot stand brengen.
- De samenwerkende partners hebben een contract met DFZ of hebben de intentie dit af te sluiten.
- Het initiatief is gebaseerd op voldoende draagvlak onder huisartsen en organisaties in de care.
- Het medisch beleid voor het initiatief dient (statutair) door de huisartsen in de regio te worden bepaald.
- De partijen die het initiatief nemen, hebben een (formele) samenwerkingsrelatie.
- De functies, rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende partners zijn door het samenwerkingsverband helder omschreven.
- Het samenwerkingsverband toont aan dat alle partners substantieel investeren in het initiatief wat middelen en menskracht betreft.
- Door de samenwerking ontstaat geen machtspositie, kartel of uitsluiting.

Ad4 Professionaliteit van aanpak en samenwerking

- De initiatiefnemer(s) zijn ‘state of the art’ op het gebied van ICT en e-health.
- Het initiatief deelt de verworven kennis en resultaten en richt een monitor in voor de voortgang in de uitvoering.
- De ervaringen en resultaten leiden tot duurzame verbeteringen in de patiëntenzorg en zijn overdraagbaar, ofwel: ze leiden tot een *best practice* voor andere initiatieven.
- De initiatiefnemer(s) zijn in staat de inno-

vatie helder en duidelijk in een voorstel te omschrijven met SMART-doelen en een resultaatgericht plan van aanpak.

- De initiatiefnemer(s) zijn bereid ‘ten halve te keren’ indien blijkt dat de prognoses in het plan van aanpak en de businesscase niet haalbaar zijn.
- De initiatiefnemer(s) verantwoorden de subsidie/opstartgelden en onderbouwen de financiering na de gesubsidieerde (project)periode.

Ad5 Financiële onderbouwing

- Er is een positieve businesscase met een raming van de (maatschappelijke) kosten en opbrengsten van het initiatief.
- De businesscase heeft betrekking op een periode van drie tot vijf jaar en omvat minimaal:
 - zorgkosten, hun opbouw en gerelateerde activiteiten;
 - besparing op zorgkosten in het hele traject tussen eerste lijn en tweede lijn;
 - overige kosten, zoals aanloopkosten, overhead et cetera;
 - prognose van het bedrijfsresultaat.

Ad6 Verzorgingsgebied en opschalingsplan

- Het initiatief start met een verzorgingsgebied van minimaal 20.000 patiënten/verzekerden.
- Het initiatief beschrijft de aanpak om door te groeien naar een verzorgingsgebied van circa 100.000 patiënten/verzekerden.
- Het opschalingsplan betreft ook de groei in het aanbod van diensten.

2. Aanbod van anderhalvelijnszorg

Anderhalvelijnszorg combineert kenmerken van eerstelijnszorg en tweedelijnszorg. De kern is dat zorg- en taakverschuiving plaatsvindt van met name ziekenhuis naar de basiszorg, respectievelijk dat verwijzing naar en opname in de tweede lijn wordt uitgesteld of voorkomen.

We onderscheiden twee invalshoeken: generalistische en specialistische anderhalvelijnszorg. De generalistische invalshoek betreft een uitbreiding van de regierol van de huisarts voor met name chronische ziekten en ouderen, met een accent op coördinatie en continuïteit van deze zorg. De specialistische invalshoek betreft de verschuiving van planbare specialistische behandeling en zorg van tweede lijn naar eerste en anderhalve lijn en het voorkomen of uitstellen van verwijzing of behandeling van patiënten in de tweede lijn.

Huisartsen hebben samen met de verplegende disciplines de regie in het anderhalvelijnscentrum en werken samen met zowel andere disciplines (onder andere diëtist, fysiotherapeut en verzorgenden) als met medische specialisten. Een generalistisch werkend anderhalvelijnscentrum richt zich op geïntegreerde zorg voor chronisch zieken en/of ouderen en biedt eenvoudige specialistische behandeling aan. Het centrum biedt meer diagnostiek en behandelvoorzieningen dan de gemiddelde huisartsenpraktijk en beschikt eventueel ook over bedden. Het centrum verenigt meerdere disciplines onder één dak. Ook werkt de huisarts samen met de verschillende medische specialismen uit de ziekenhuizen, bijvoorbeeld op het gebied van de diagnostiek en behandeling en/of met specialisten oudergeneeskunde. Het centrum heeft bij alle vormen van samenwerking en patiëntenzorg een voorbeeldfunctie voor de regio bij preventie en de toepassing van e-health. Startende initiatieven dienen bij aanvang tenminste één van de hieronder beschreven modules aan te bieden.

2.1 Module Meekijkconsult

Een van de adviezen van de NZa (juli 2012) aan het ministerie van VWS over substitutie tussen ziekenhuiszorg en huisartsenzorg en zorg op de juiste plek, is de invoering van het meekijkconsult. Georganiseerde samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen leidt tot eerder terugverwijzen naar de eerste lijn of het behouden van patiënten in de eerste lijn.

Huisartsen twijfelen soms of ze een patiënt moeten doorverwijzen naar de tweede lijn. Ook dringen patiënten soms aan om doorverwezen te worden. Dit kan tot onnodige verwijzingen/behandelingen in de tweede lijn leiden. Wie een willekeurige specialist vraagt hoeveel van dit soort patiënten hij ziet, krijgt substantiële aantallen te horen. Zo'n afspraak bij de specialist leidt in veel gevallen tot aanvullende diagnostiek en kan ook leiden tot onnodige behandeling.

Het meekijkconsult is een oplossing voor dit vraagstuk. Het meekijkconsult is een consult van de patiënt bij de medisch specialist in de eerste lijn, onder regie van de huisarts. Het consult is bedoeld om de huisarts in zijn verwijsbeleid te ondersteunen en de patiënt vertrouwen te geven over de betrouwbaarheid van de genomen beslissing.

Organisatie

Het meekijkconsult wordt georganiseerd per vakgroep, bijvoorbeeld cardiologie, interne geneeskunde, orthopedie, neurologie, dermatologie, et cetera. Om efficiënt met de tijd van de specialist om te gaan, moet er voldoende volume aan relevante patiënten zijn voor het consult. Dat betekent dat het meekijkconsult op gezette tijden (bijvoorbeeld eens in de twee weken op een middag) wordt georganiseerd voor een groep huisartsen. Bij voorkeur gebeurt dit in een anderhalvelijnscentrum; de specialist komt dus naar de eerste lijn toe.

Het is niet doelmatig dit per huisartsenpraktijk te organiseren. Een experiment in Zuid-Limburg heeft geleerd dat een meekijkconsult in de huisartsenpraktijk het averechtse effect heeft dat de huisarts meer doorverwijst naar de bij het consult aanwezige specialist. Het organiseren van een meekijkconsult op neutraal terrein lijkt daarmee een voorwaarde voor het realiseren van het beoogde substitutie-effect.

De ‘trekker’ van het meekijkconsult is de HAS. De huisartsen hebben de regie en zij betalen de specialist. Zogeheten kaderhuisartsen kunnen een rol spelen als schakel tussen de huisarts en de medisch specialist. Aanspreekpunt in de tweede lijn kan zowel het ziekenhuis zijn, als groepen (maatschappen) van medisch specialisten. Dit is afhankelijk van de specifieke situatie per ziekenhuis en per medisch-specialistische vakgroep. Bij de communicatie tussen de verschillende disciplines wordt maximaal gebruik gemaakt van e-health.

Product

De patiënt krijgt een consult van de medisch specialist op een ‘neutrale’ locatie – bij voorkeur een anderhalvelijnscentrum – in de eerste lijn. Medisch specialist en huisarts bespreken het consult na en de huisarts bepaalt het vervolgbeleid. Registratie van het consult vindt plaats via een eenduidig format, door huisarts, medisch specialist en patiënt. De patiënt geeft aan of hij tevreden is over het consult, geholpen is met zijn klacht en of hij de meerwaarde van het medisch-specialistisch consult in de eerste lijn waardeert. De medische verantwoordelijkheid voor het vervolgbeleid en de registratie ligt bij de huisarts. Terugkoppeling van de registratie (resultaten) wordt gebruikt door huisarts, medisch specialist en zorgverzekeraar ten behoeve van monitoring, evaluatie, bijstelling en verbetering van het product. Hierbij is het gebruik van e-health de norm.

Regie huisarts en financiering

De huisarts blijft hoofdbehandelaar, de specialist ondersteunt hem bij zijn beslissing om al of niet door te verwijzen. De financiering loopt via de huisarts; deze krijgt (op groepsniveau) een budget (een tarief per consult) voor betaling van de medisch specialist. Het tarief voor de medisch specialist wordt afgeleid van het uurtarief en de drie à vier beoogde consulten per uur. Voor deze financiering bestaat vanaf 1 januari 2015 een betaaltitel in segment 3 van de nieuwe huisartsenfinanciering.

Meerwaarde meekijkconsulten

Het beschreven meekijkconsult geeft kwalitatieve voordelen en potentiële besparingen.

Kwalitatieve voordelen

- De patiënt krijgt een goed advies dicht bij huis.
- De patiënt krijgt geen dubbele diagnostiek of doorverwijzingen binnen het ziekenhuis.
- De huisarts en de specialist werken samen en spreken dezelfde taal tegen de patiënt.
- De huisarts leert van de medisch specialist.
- De specialist heeft in zijn ziekenhuispraktijk patiënten die daar ook echt horen.

Kwantitatieve opbrengsten

- Minder verwijzingen naar het ziekenhuis.
- Lagere zorgkosten.
- Besparing voor de patiënt in verband met het niet of minder aanspreken eigen risico.

Introductie meekijkconsult in Friesland

Het meekijkconsult wordt in de loop van enkele jaren geïntroduceerd in Friesland. Het doel is om het te ontwikkelen tot een nieuwe vorm van samenwerking tussen huisartsen en specialisten, die uiteindelijk gehanteerd wordt door alle huisartsen.

Randvoorwaarden voor succes

- Een voldoende grote groep huisartsen is bereid mee te doen.
- Voldoende medisch specialisten willen meedoen.
- Substitutie-effecten zijn meetbaar en te verantwoorden.
- Een meekijkconsult wordt voor de afgesproken ziektebeelden altijd gebruikt voordat de huisarts naar de specialist verwijst, tenzij de noodzaak tot verwijzing evident is.

Potentiële baten

De baten voor de komende jaren kunnen worden berekend volgens de volgende uitgangspunten:

- Bepaal in welke volgorde welke vakgroepen zullen deelnemen.
- Bepaal de schadelast voor deze vakgroepen.
- Stel dat 10% van de daarmee gepaard gaande kosten bespaard wordt en dat de helft van de besparing nodig is voor het budget in de eerste lijn, dan resulteert dat in een netto besparing van 5%.

Monitoring

De volgende meetinstrumenten kunnen worden gebruikt:

- Kwalitatieve voordelen:
 - ervaringsmeting bij patiënten;
 - ervaringsmeting bij huisartsen en medisch specialisten.

- Kwantitatieve opbrengsten:
 - aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn;
 - gecontracteerde zorgkosten per vakgroep (voorafgaand aan het contractjaar);
 - gedeclareerde zorgkosten per vakgroep (na het contractjaar).

Indicatoren voor effectevaluatie

- Daling verwijzingen naar de tweede lijn: per 'geïnccludeerde' patiënt vaststellen en vastleggen dat er volgens protocollen en standaarden een verwijzing nodig is, maar dat deze interventie niet heeft plaatsgevonden.
- Financiële winst door daling van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn: uitgespaarde DOT's minus de kosten voor de consultatieve spreekuren (bronnen: aanvraag- en registratieformulier consultatieve spreekuren, DOT-kosten per ziekenhuis, jaarverslag zorgkosten projectgroep, gegevens zorgverzekeraar).
- Tevredenheid patiënt: geholpen met klacht, duidelijk beleid, toegevoegde waarde consultatief spreekuur ten opzichte van een verwijzing naar de tweede lijn (bron: vragenlijst voor patiënt).
- Afwegingen die huisarts maakt om patiënten aan te melden voor het spreekuur (bron: vragenlijst voor huisarts).

De effectevaluatie is bepalend voor continuering, aanpassing of beëindiging van het meekijkconsult.

Financieel

Zorgaanbieders kunnen een offerte indienen voor een pilot voor het invoeren van het meekijkconsult. De offerte gaat onder meer in op de volgende zaken:

- De begroting.
- Onderbouwing van het tarief.
- De maatschappelijke businesscase.

2.2 Module

Huisartsenbedden

Inleiding

Huisartsenbedden, huisartsenhospitaal of wijkhuispitaal zijn benamingen voor bedden die gebruikt worden ter voorkoming van onnodige opnamen in de tweede lijn (zowel in de cure als in de care). Het betreft bedden voor drie patiëntencategorieën:

- Patiënten die vanwege medische complexiteit niet kunnen vallen onder de reguliere spoedzorg binnen de AWBZ/Wlz.
- Patiënten die medische zorg krijgen van de huisarts.
- Patiënten die aangewezen zijn op herstelzorg.

Het gebruik van huisartsenbedden past bij de visie van DFZ op thema's als de poortwachtersrol van de huisarts, het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnamen, substitutie van zorg, kwaliteit van zorg én kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen, zorg dichtbij en een holistische, generalistische visie op gezondheidszorg voor ouderen. Huisartsenbedden kunnen een vanzelfsprekend onderdeel zijn van een anderhalvelijnscentrum, maar hoeven niet per se op dezelfde locatie gesitueerd te zijn. Bij voorkeur wordt er gebruik gemaakt van bestaand onroerend goed, zoals bestaande intramurale zorgvoorzieningen. Met de aanbieders van huisartsenbedden worden afspraken gemaakt om onnodige ziekenhuisopnamen en daarmee gemoeide kosten te voorkomen. Daarin wordt meegenomen dat het volume van het aantal (ziekenhuis)bedden in Friesland niet mag stijgen. De kosten die gemaakt worden binnen de locaties moeten (op termijn) resulteren in een (maatschappelijke) besparing.

Meerwaarde

Meerwaarde voor de patiënt, veelal een kwetsbare oudere

- *Meerwaarde ten opzichte van de situatie thuis (thuiszorg, huisarts, mantelzorg):*
In de locatie met de huisartsenbedden is sprake van een 24-uurs bezetting door BIG-geregistreerde verpleegkundigen en/of verzorgenden. Deze functies variëren van een verzorgende of verpleegkundige niveau 2/3 tot ervaren verpleegkundigen niveau 4/5. Om de kwaliteit van complexe zorg te borgen moet afdoende geschoold personeel aanwezig zijn. De regie van de patiënt dient belegd te zijn bij een verpleegkundige, niveau 5. Hierdoor is continue observatie, medische behandeling en desgewenst diagnostiek mogelijk in een kleinschalige setting. De continue observatie maakt dat bij kritische veranderingen in de gezondheid van kwetsbare cliënten direct adequaat kan worden ingegrepen. Daardoor is er meer veiligheid dan in de thuissituatie. De eigen huisarts houdt de medische eindverantwoordelijkheid voor zijn cliënt. De (kleinschalige) setting, deskundigheid en eigen huisarts zijn voor de cliënt, diens mantelzorger en de huisarts van grote (meer)waarde. Bovendien betreft het een setting dichtbij huis. In beginsel is een sociale indicatie onvoldoende voor opname in een huisartsenbed.
- *Meerwaarde ten opzichte van een verblijf in het ziekenhuis:*
De holistische benadering zorgt ervoor dat alle domeinen voor de cliënt in kaart worden gebracht: somatisch, functioneel, psychosociaal, maatschappelijk en psychologisch. Dit gebeurt onder leiding van de huisarts als eindverantwoordelijke. Er is een korte lijn met de specialist ouderengeneeskunde en andere disciplines (zoals paramedische disciplines), voor snelle afstemming, consultatie en behandeling. Belangrijk zijn ook afstemming en overleg met het sociale wijk-

team/wijkverpleegkundige om, zodra het kan, ontslag te laten plaatsvinden met goede opvang thuis.

- *Meerwaarde ten opzichte van verblijf in het verpleeghuis:*

Een plaatsing in een huisartsenbed is van korte duur (maximaal 21 dagen). Vanaf de opname is de focus van behandeling, verpleging en verzorging gericht op de eigen regie van de cliënt en ontslag naar huis. De huisarts blijft gedurende de opname de hoofdbehandelaar. De huisarts kent de geschiedenis van de cliënt en kent meestal diens naasten. Dit is voor de continuïteit van zorg en verzorging, en het zich veilig en begrepen voelen van de cliënt en diens naasten van belang.

- *Meerwaarde ten opzichte van verblijf in een spoedbed verpleeghuis/verzorgingshuis:*

De gegeven zorg in een huisartsenbed kan niet gegeven worden in een spoedbed (AWBZ). Het aantal fte's verpleegkundigen in een locatie met huisartsenbedden is namelijk hoger dan op een reguliere afdeling in het verpleeghuis, vanwege de noodzaak van een continue observatie.

De huisarts is de hoofdbehandelaar. Eventueel kan een medisch specialist of een specialist ouderengeneeskunde in consult worden gevraagd.

Een huisartsenbed kan ook als vangnet dienen voor patiënten met behoefte aan kortdurende zorg die niet in de thuissituatie kan worden gegeven, waarbij spoedzorg AWBZ niet toereikend of aangewezen is en waarbij geen sprake is van een puur sociale indicatie. Deze kortdurende zorgbehoefte kan ook bestaan na een opname in het ziekenhuis, wanneer de behandeling daar afgerond is.

Meerwaarde voor de huisartsenzorg

De huisartsen in Friesland verstevigen hun rol als poortwachter van de zorg. Bij een toenemende zorgvraag van vooral oudere en chronisch zieke patiënten, zien zij huisartsen-

bedden als een manier om goede, integrale zorg te bieden voor hun patiënten. Patiënten in een huisartsenbed zijn vooral afkomstig uit de thuissituatie. De medische behandeling wordt geïndiceerd en bijgesteld door de huisarts. Het gaat om patiënten die anders opgenomen zouden moeten worden in het ziekenhuis. Een huisartsenbed stelt de huisarts in staat om op verantwoorde wijze zorg en verzorging te bieden van gelijke of zelfs hogere kwaliteit dan tijdens een ziekenhuisopname voor dezelfde medische indicatie. Hij kan daarbij gebruik maken van consultatie van een medisch specialist.

Meerwaarde voor de zorgverzekeraar

De meerwaarde voor de zorgverzekeraar ligt in een positieve businesscase die per initiatief gemaakt wordt. Huisartsenbedden dienen onnodige opnamen in het ziekenhuis te voorkomen. Hierdoor zullen ook de kosten van verpleeghuiszorg omlaag kunnen gaan. De maatschappelijke businesscase betreft het positieve resultaat voor de verzekerde in termen van kwaliteit en kosten van zorg en zorg dichtbij. NB: De huisartsenbedden zijn niet bedoeld als vervanging voor een spoedbed in het verpleeg- of verzorgingshuis. Het is belangrijk ervoor te waken dat de cliënt wordt opgenomen in een huisartsenbed 'bij gebrek aan beter', bijvoorbeeld omdat mantelzorg ontbreekt.

Zorgactiviteiten

De huisarts is de verwijzer voor het huisartsenbed. De verwijzend huisarts levert de behandeling of draagt deze over aan een collega-huisarts. 24 uur bereikbaarheid en beschikbaarheid wordt georganiseerd via reguliere waarneming avond-, nacht- en weekenddienst. De intake wordt verzorgd door de een verpleegkundige niveau 5 op basis van de hieronder beschreven in- en exclusiecriteria.

Screening en triage

De volgende in- en exclusiecriteria worden gehanteerd.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Opname huisartsenbed geschiedt in plaats van een ziekenhuisopname met een medische indicatie Klinisch verblijf voor behandeling, observatie of eenvoudige diagnose Opnameduur maximaal 21 dagen Verwijzing altijd via of in overleg met eigen huisarts of diens vervanger Opname vanuit thuissituatie of vanuit ziekenhuis als de behandeling daar is afgerond maar de patiënt nog niet naar huis kan Een patiënt met een delier vanuit een somatisch verklaarbare oorzaak Een patiënt met licht-cognitieve stoornissen Opname met diagnostisch karakter na screening op SEH/HAP	Behoeft aan acute tweedelijns specialis- tische behandeling, observatie of diagnos- tiek Te verwachten complicaties op de korte termijn (binnen 24 uur) Patiënt met slecht behandelbare ge- dragsstoornissen (bijvoorbeeld agressief gedrag of zwervneiging) op basis van een psychiatrisch en/of gevorderd psychogeri- atrisch ziektebeeld Chronisch of acuut psychiatrisch ziekte- beeld, psychoses, suïcidegedachten en -gedrag en wegloopneigingen Revalidatie bij psychogeriatrische pro- blematiek Cognitieve problemen die zich zo mani- festeren dat de hoofddiagnose gewijzigd moet worden in bijvoorbeeld dementie

Door een goede screening en triage vooraf door huisarts en verpleegkundige, wordt voorkomen dat er een oneigenlijke opna- me-indicatie ontstaat. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar maken afspraken over pre- statie-indicatoren op inhoud en proces om het nodige inzicht te geven.

Verzorging en behandeling

Specifieke observatie, aanvullende diagnos- tiek en/of behandeling. Voorbeelden van ziektebeelden/aandoeningen:

- exacerbaties
- ontregelingen, zoals bij diabetes
- een tot immobiliteit leidend trauma, zo- als trauma na val

- ernstige urineweginfecties
- lichamelijke multiproblematiek
- artrose
- ischias
- polyfarmacie

Voor iedere patiënt wordt een zorgbehandel- plan gemaakt. Hierin worden in ieder geval de volgende elementen opgenomen: obser- vatie, zorg- en dienstverlening, signalering en rapportage. Tevens worden hier de afspraken en voorbereidingen voor terugkeer naar huis vastgelegd, zoals afstemming met thuiszorg en mantelzorg.

(Meetbare) doelstellingen/prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren geven de zorgverzekeraar inzicht hoe aan het programma van eisen wordt voldaan. Samen met de initiatiefnemer(s) worden evaluatie- en monitoringsafspraken gemaakt.

- Het aanbod van huisartsenbedden is een schakel in de keten van integrale (ouderen)zorg.
- De huisartsenbedden leveren een doelmatige bijdrage aan de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in Friesland doordat na opname geen, korter durend of uitgesteld aanspraak wordt gemaakt op de AWBZ/Wlz.
- De huisartsenbedden leveren een doelmatige bijdrage aan de betaalbaarheid van de gezondheidszorg doordat specifieke medisch-specialistische interventies of diagnostische onderzoeken niet langer binnen de kostbare infrastructuur van het ziekenhuis worden uitgevoerd.
- De huisartsenbedden leiden tot verbetering van veilige, continue, tijdige en kwalitatieve zorg van (kwetsbare) ouderen met een huisartsgeneeskundig probleem.
- Het aanbod van huisartsenbedden is een vangnet voor cliënten met een huisartsgeneeskundig gezondheidsprobleem met een kortdurende, intensieve zorgbehoefte die de mogelijkheden in de thuissituatie overstijgt.

De volgende gegevens dienen minimaal door de initiatiefnemer(s) aangeleverd te worden:

- Aantal patiënten.
- Leeftijd.
- Geslacht.
- Indicaties opnamen met aantallen.
- Type interventies, type zorg, afstemming met verschillende disciplines, inclusief thuiszorg en Wmo.
- Type gerelateerde interventies zoals combinaties met fysiotherapie en apotheker (polyfarmacie).

- Consultatie specialisten.
- Aantal opnamen die vanuit de huisartsenbedden alsnog naar het ziekenhuis verwezen worden.
- Aantal opnamen die na SEH-bezoek naar een huisartsenbed gaan (overlap indicaties opnamen).

Financieel

Bij aanvang van een module huisartsenbedden, dient een begroting met onderbouwde kostprijzen aangeleverd te worden. Daarnaast zal een maatschappelijke businesscase gemaakt worden. Het maatschappelijk karakter van de businesscase heeft betrekking op de per saldo te realiseren besparingen in de keten van eerste lijn tot tweede lijn.

2.3 Module Specialistische verrichtingen

Deze module betreft substitutie van behandeling en zorg van de tweede naar eerste lijn

- door de huisarts met ondersteuning van de medisch specialist of;
- door de aanwezigheid van de medisch specialist in de eerste lijn.

In toenemende mate zal de zorgverzekeraar kwaliteits- en doelmatigheidseisen stellen bij de inkoop van zorg bij ziekenhuizen en huisartsen. Dit leidt tot drie bewegingen:

- Patiënten die ‘huisartsenzorg’ in de kostbare ziekenhuisomgeving krijgen worden (weer) behandeld in de eerste of anderhalve lijn.
- Patiënten die laagcomplexe specialistische zorg kregen in het ziekenhuis worden, al dan niet door de specialist, geholpen in de eerste of anderhalve lijn.
- Huisartsen beperken het aantal verwijzingen of behandelingen in de tweede lijn door vroegtijdig gebruik te maken van specialistische expertise.

Deze beweging brengt overigens ook een risico met zich mee: fragmentatie in de zorg en het ontstaan van een groot aantal zelfstandige behandelcentra. Deze fragmentatie kunnen we juist voorkomen vanuit het concept van de zorgnetwerken. De voorwaarden in het programma van eisen voor anderhalve lijnszorg bevorderen samenwerking tussen zorgaanbieders in deze netwerken. Bovendien stimuleren de voorwaarden de (deels anders georganiseerde) poortwachtersfunctie van de huisarts.

Uitgangspunten substitutie

Uitgangspunten bij te verplaatsen zorg/interventies:

- De te substitueren zorg en interventies zijn in principe aan te merken als huis-

artsenzorg. Het aanbod huisartsenzorg wordt op basis van de ICPC-codes door de LHV ingedeeld in drie zorgtypen: basiszorg, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod¹.

- Het basisaanbod wordt door alle huisartsen geboden (dus niet per se in een anderhalvelijnscentrum).
- Het aanvullend aanbod betreft activiteiten die extra kennis en kunde en/of menskracht en/of diagnostische/therapeutische apparatuur en/of een programmatische aanpak vereisen. Hierin kan voorzien worden door het inzetten van gespecialiseerde huisartsen, kaderhuisartsen en/of medisch specialisten.
- Bijzonder aanbod is huisartsgeneeskundige zorg die niet iedere huisarts kan of wil bieden en die niet standaard geleerd wordt in de huisartsopleiding. Om de kwaliteit van het bijzonder aanbod te borgen heeft de beroepsgroep (LHV/NHG) het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) opgericht. Het CHBB heeft voor een aantal van de bijzondere bekwaamheden registers geopend. Zo zijn er registers voor kaderfuncties van huisartsen (HVZ, GGZ, DM, Astma/COPD, Urogynaecologie, Palliatieve zorg, Huisartsonderzoeker, Supervisie & coaching, Beleid & beheer geopend. En er zijn registers voor Verloskunde, Echografie, Reizigersgeneeskunde, Oogheelkundige zorg en EKC (erkend kwaliteitsconsulent).
- De kwaliteit van de te substitueren zorg en interventies is na verschuiving minstens gelijkwaardig en waar mogelijk beter in vergelijking met deze zorg in het ziekenhuis, en tegen een lagere prijs.
- Betrokken zorgaanbieders hebben voldoende kennis en ervaring met de substitueerbare zorg.

¹ Aanbod Huisartsgeneeskundige zorg 2009, LHV.

Op basis van beschreven (bestaande of nieuwe) zorgprestatie(s) met een bijbehorende positieve businesscase, kunnen huisartsen, HAS'en en anderhalvelijnscentra offertes indienen voor de module Specialistische verrichtingen in het kader van te leveren anderhalvelijns zorgprestaties. Onderdelen van deze offerte:

- een begroting;
- inzicht in de kostprijs;
- een maatschappelijke businesscase, waarmee de besparingen inzichtelijk worden.

2.4 Module Kwetsbare ouderen

De groep ouderen met een hoge leeftijd zal de komende jaren sterk groeien. Onder deze groep is het aantal kwetsbare ouderen sterk vertegenwoordigd. Het accent bij de zorg voor deze groep ligt op preventie van functieverlies en het vergroten van zelfredzaamheid. Het doel daarvan is hen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Een goede verbinding van cure, care en welzijn is essentieel in de benadering van de zorg voor deze groep. In een anderhalvelijnscentrum kunnen deze vormen van zorg en de afstemming hierover bij elkaar gebracht worden. Het opsporen van kwetsbaarheid, het inzetten van aanvullende diagnostiek en behandeling, alsmede het consulteren van de specialist ouderengeneeskunde kunnen vanuit het centrum gecoördineerd en/of ingezet worden. Een generalistische benadering van de kwetsbare oudere, met aandacht voor kwaliteit van leven en gericht op hun wensen en behoeften, staat centraal in de zorg voor de kwetsbare oudere.

Zorgpad kwetsbare ouderen

In Friesland is samen met geriateren, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en huisartsen het zorgpad voor kwetsbare ouderen ontwikkeld. In het zorgpad is de organisatie van de zorg aan kwetsbare ouderen vastgelegd. Het gaat om de logistiek, taken, overdracht en afstemming binnen een keten van zorgverleners.

Het doel van het zorgpad is om in Friesland een uniforme aanpak af te spreken voor de professionele verpleegkundige en medische zorg aan kwetsbare ouderen, zodat in alle onderdelen van het zorgpad de juiste zorgverlener de juiste zorg verleent, gericht op een optimale kwaliteit van leven voor de kwetsbare oudere. De hoofdlijn van denken en handelen in dit zorgpad is dat de kwetsbare oudere gebaat is bij behandeling en verwijzing door generalisten.

Wat de medische zorg betreft is de huisarts de generalist in de eerste lijn. De specialist ouderengeneeskunde ondersteunt de huisarts in de eerste lijn door middel van een consultatieve functie. De specialist ouderengeneeskunde is de hoofdbehandelaar in het verpleeghuis. De klinisch geriater of een bij een vakgroep klinische geriatrie aangesloten internist ouderengeneeskunde, is de generalist in de tweede lijn. In de tweede lijn is de generalist hoofdbehandelaar, tenzij het om specialistische zorg gaat aan de categorie kwetsbare ouderen met een hoge complexiteit. Bij deze categorie blijft de geriater betrokken als consulent of medebehandelaar. De generalisten beslissen over verwijzing naar elkaar en naar gespecialiseerde zorg. Kwetsbare ouderen worden in de tweede lijn dus niet langer door orgaanspecialisten zonder consultatie van de klinisch geriater onderling doorverwezen.

Wat de verpleegkundige ondersteuning betreft werken de praktijkverpleegkundige (en nu ook nog de praktijkondersteuner) en de wijkverpleegkundige samen in de thuissituatie. Zij zijn verantwoordelijk voor de overdracht van/naar de verpleegkundigen in de tweede lijn en/of het verpleeghuis. De wijkverpleegkundige is de schakel tussen de sociaal-medische sector en het welzijn (bijvoorbeeld de sociale wijkteams van gemeenten). De gespecialiseerde verpleegkundige is medebehandelaar indien zij de gespecialiseerde verpleegkundige zorg aan huis verstrekt.

Een aanvullende rol op de medische en verpleegkundige zorg wordt vervuld door paramedici die gespecialiseerd zijn in de zorg voor kwetsbare ouderen.

Implementatie van de in het zorgpad omschreven werkwijze – en van specifieke onderdelen zoals het MDO ouderenzorg en *advance care planning* – worden nu voorbereid. De evaluatie van pilots op deze onderdelen zullen leiden tot een programma van eisen waaraan de zorg voor kwetsbare ouderen

dient te voldoen en waarmee te zijner tijd deze zorg door DFZ zal worden gecontracteerd. Een anderhalvelijnscentrum kan als platform dienen voor implementatie van het zorgpad in zijn verzorgingsgebied.

2.5 Ten slotte

De in de paragrafen 2.1 tot en met 2.4 beschreven zorgmodules zijn de onderwerpen die DFZ graag met prioriteit in Friesland gerealiseerd ziet. Daarnaast bestaat ruimte voor initiatieven voor innovatieve modules die door een anderhalvelijnscentrum kunnen worden uitgevoerd. Wij nodigen initiatiefnemers uit om – naast de beschreven vier modules – met innovatieve voorstellen te komen voor diensten van een anderhalvelijnscentrum op terreinen als preventie en e-health, of met andere voorstellen die de gezondheid van de regionale bevolking zullen verbeteren.



3 Format aanvraag anderhalvelijnszorg

Onderstaande aandachtspunten dienen geadresseerd te worden bij een aanvraag tot financiering van anderhalvelijnszorg bij De Friesland. Een invulbaar format in Word kunt u opvragen via secretariaatzorg@defriesland.nl o.v.v. format aanvraag anderhalvelijnszorg.

Gegevens aanvrager:	Datum aanvraag: Naam organisatie/samenwerkingsverband: Contactpersoon: Functie contactpersoon: Telefoonnummer en/of 06-nummer: E-mail: Adres organisatie: Postcode en plaats: Telefoonnummer en/of 06-nummer: E-mail: IBAN: Btw-plichtig:
Eis	Aantoonbaarheid voldoen aan eis door het adresseren van onderstaande punten
(organisatorische) innovatie	• Netwerkorganisatie met partijen uit de regio, in eigen omgeving • Voldoen aan eisen met betrekking tot preventie, zelfmanagement en diagnostische mogelijkheden • Nieuwe zorgvorm, combinatie van eerste- en tweedelijnsfunctie(s) • Verbinding cure/care; overgang van ziekte en zorg naar preventie en herstel • ICT/e-health toepassingen • Plan van aanpak, begroting en positieve businesscase

Wat zijn de beoogde resultaten?	• Zorg dichtbij • Substitutie van tweede naar eerste lijn • Kennis van tweede naar eerste lijn • Aantoonbare kwaliteit van zorg (medische uitkomsten, kwaliteit van leven, betere klantervaring) • Verwachte resultaten (SMART) • Aangeboden (zorg)modules met bijbehorende eisen zoals beschreven in 2.1; 2.2; 2.3 en 2.4 of eigen zorgaanbod anderhalve lijn, alle beschreven op zorginhoud, zorgorganisatie en maatschappelijke businesscase.
Aard en omvang samenwerking	• Hoe werken zorgpartijen samen ondanks gescheiden financiering via Zvw, AWBZ en Wmo om continuïteit en samenhang van zorg te bereiken? • Daadwerkelijke commitment bij partijen en (bestuurlijk) draagvlak om de transitie naar deze nieuwe zorg(organisatie) te realiseren • Ondernemend gedrag en co-creatie zorgaanbieders • Medisch beleid wordt (statutair) door de huisartsen in de regio bepaald • Helder beschreven functies, rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van (eventuele) partners • investeringen samenwerkingspartners in middelen en menskracht • Voorkomen van machtspositie, kartel of uitsluiting • Doelgroep/soort patiënten en aantallen • Meerwaarde voor doelgroep(en) • Regio/reikwijdte anderhalvelijnscentrum
Professionaliteit samenwerking	• Professionele aanpak samenwerking • Monitoring voortgang ontwikkeling anderhalvelijnscentrum • Ervaringen en resultaten leiden tot duurzame verbeteringen, zijn overdraagbaar en openbaar. • SMART doelstellingen formuleren

Financiële onderbouwing	Overzicht van de totale projectbegroting: 1. Totale kosten van het project 2. Gefinancierd uit eigen middelen 3. Gefinancierd uit DFZ-subsidie 4. Andere financieringsbronnen 5. Periode: drie à vijf jaar • Begrotingstabel Vertalen van activiteiten naar - personele kosten - materiële kosten - overige kosten (gespecificeerd) - projectondersteuning (projectleider, secretariaat et cetera) - overhead Bij de begroting hoort de argumentatie van de op te nemen bedragen. • Financieringstabel (financieringsbronnen) Inclusief eventuele co-financiering, eigen investering • maatschappelijke businesscase per module
Risicoanalyse	• Wat zijn de risico's? Beschrijf de grootste risico's die invloed kunnen hebben op het succes van het project. Beschrijf voor elk risico de kans dat het voorkomt en schets de strategie om het risico te vermijden.
Organisatiestructuur	Organisatiestructuur 1. Diagram organisatie 2. taken/verantwoordelijkheden betrokkenen 3. aansturing/besluitvorming

Algemeen tijdschema algemeen overzicht	Fasering (algemeen overzicht) ontwikkeling anderhalvelijnscentrum Fase 1 Fase 2 Fase 3 Et cetera • stappenplan + mijlpalen • tijdpad
Activiteitenplan/Plan van Aanpak	• Activiteitenplan (gedetailleerd) Beschrijf in het kort wat er gebeurt, wanneer en door wie.
PR en communicatie	• PR-plan Acties noemen om het project bekendheid te geven.
Mijlpalen	• Mijlpalen Benoem de meest belangrijke momenten voor toetsing en sturing van het project.
Borging/ structurele inbedding	Hoe wordt het initiatief uiteindelijk structureel ingebed, de continuïteit geborgd?
Afspraken over voortgangsrapportage	Welke afspraken met betrekking tot indicatoren/evaluatieparameters worden gemaakt?

