



Het herontwerpen van de eerstelijnszorg

Een strategische visie voor het verbeteren van waarde door
de behoefte van de patiënt centraal te stellen

Door Michael E. Porter, Erika A. Pabo, en Thomas H. Lee 2013

Toestemming voor vertaling en gebruik van het originele artikel is verleend door Health Affairs



Een algemene
solide strategie voor
de eerstelijnszorg
ontbreekt

Samenvatting

eerstelijnsgezondheidszorg

De eerstelijnszorg worstelt met het aantrekken van nieuwe artsen en het vinden van voldoende financiering om de benodigde zorg te leveren. Dit komt doordat het ontbreekt aan een solide algemene strategie. Daarom bieden we ter ondersteuning en verbetering van de eerstelijnszorg een model dat uitgaat van de waarde die de zorg voor de patiënten heeft.

Het model berust op vijf elementen

- Organiseer de zorg rondom helder gedefinieerde patiëntgroepen.
- Bied aan iedere patiëntengroep diensten aan vanuit een zorgteam gedurende de volledige zorgcyclus.
- Meet de resultaten en werkelijke kosten van iedere patiënt per subgroep. Maak deze meting integraal onderdeel van de zorg.
- Organiseer ketenfinanciering en zorg dat waardeverbetering wordt beloond.
- Verbind de subgroepteams met specialistische zorg.

Wij zijn ervan overtuigd dat de eerstelijnszorg haar essentiële rol in het zorgstelsel kan oppakken en verbeteren wanneer je haar herinricht volgens dit strategisch kader.

Van de eerstelijnszorg wordt algemeen erkend dat het essentieel is in ieder gezondheidstelsel. Toch blijft het veld onder druk staan¹. Veel eerstelijnszorgverleners voelen zich gefrustreerd en ondergewaardeerd. Minder dan een op de tien Amerikaanse afgestudeerden volgt een eerstelijnszorg praktijkopleidingsprogramma².



Eerstelijnszorgpraktijken komen geld tekort. Ondertussen kunnen patiënten moeilijk een huisarts vinden en zijn ze vaak teleurgesteld over de geboden diensten^{3,4}. Wij zijn ervan overtuigd dat het ontbreken van een organisatorisch kader voor de eerstelijnszorg ten grondslag ligt aan deze problemen. Ook ontbreekt het aan een strategie die verder gaat dan het verhogen van de zorgvolumes om vergoedingen te krijgen.

Zoals we elders beweren^{5,6}, zijn we van mening dat de overkoepelende strategie voor de gezondheidszorg gericht moet zijn op het verhogen van de waarde die de zorg voor de patiënten heeft. Daarbij definiëren we waarde als behaalde resultaten bij de patiënten in verhouding tot de hoeveelheid uitgegeven geld. Als we de belangen van alle belangrijke stakeholders willen verenigen zullen we ons moeten richten op het behalen van betere resultaten die van belang zijn voor patiënten, het verminderen van de kosten die daarvoor nodig zijn of beide. Als het de eerstelijnszorg niet lukt om aantoonbare waarde te leveren, zal ze nooit het respect en de investeringen krijgen die ze nodig heeft. Het zal een ondergeschoven kindje blijven, erkend als noodzakelijk maar niet beloond.

Zoals de eerstelijnszorg vandaag de dag is georganiseerd, is het een onmogelijke missie. De meeste eerstelijnszorgpraktijken proberen hun zeer diverse groep patiënten te bedienen met een 'one size fits all'-benadering. Dit leidt tot frustratie voor zowel patiënten als de zorgprofessionals die hen proberen te helpen^{5,6}. Ironisch genoeg is de enige manier om de waarde in de eerstelijnszorg te verbeteren, de eerstelijnszorg niet als eenheid te beschouwen. We moeten de eerstelijnszorg ontleden. Het is niet één enkele set van diensten. Het is een groep van prestaties of verrichtingen die worden geleverd ten behoeve van verschillende subgroepen van patiënten. Zelfs wanneer een praktijk veel of al deze subgroepen bedient, zouden er eerstelijnszorgteams moeten worden gevormd rond verschillende subgroepen van patiënten met vergelijkbare zorgbehoeften.

Het goed bedienen van deze subgroepen- of 'klantsegmenten', zoals ze in de managementliteratuur worden genoemd - vereist nieuwe en betere manieren om resultaten en kosten te meten, nieuwe sets van vaardigheden, nieuwe manieren om patiënten te bereiken, nieuwe financieringsmodellen en nieuwe benaderingen om eerstelijnszorg en specialistische zorg te integreren. Deze voorgestelde wijzigingen zijn niet enkel theoretisch. Sterker nog, veel van de aanbevolen stappen worden al genomen door toonaangevende

eerstelijnszorgpraktijken⁷⁻¹¹, waaronder de praktijken waar twee van de auteurs eerstelijnszorg uitoefenen. We zien echter dat het meeste zorginstellingen ontbreekt aan een algemene strategie voor het verbeteren van eerstelijnszorg. Het harde werk van zorgprofessionals wordt verkwanseld vanwege een gebrek aan duidelijkheid over wat ze proberen te bereiken en voor wie.

Er bestaan een aantal grote belemmeringen voor een beweging naar een waardegedreven eerstelijnszorg. Vooral voor praktijken met één of twee artsen. Maar de druk op dergelijke praktijken om zich te verbeteren en te reorganiseren is al aanwezig en neemt toe. Het strategisch kader dat we hier bieden, kan helpen bij de transformatie van de eerstelijnszorg en mogelijk de voortgang versnellen.

Definiëren van 'waarde' in de eerste lijn

Elk organisatorisch kader vereist een duidelijk doel. Dat van de eerstelijnszorg moet zijn: het toevoegen van waarde voor patiënten. Dit doel moet de traditionele focus - het verkrijgen van meer geld door meer verrichtingen te doen - overstijgen.

Het verschil tussen een waardegedreven zorgmodel en een model dat zich richt op betaalde verrichtingen zoals praktijkbezoeken is dat de zorg bij een waardegedreven aanpak rond de patiënt wordt georganiseerd en dat deze voldoet aan een gedefinieerde reeks zorgbehoeften gedurende de volledige zorgcyclus. Het doel is om gezondheidsresultaten te verbeteren en om dit met toenemende efficiëntie te doen.

Om waarde te verbeteren, is het essentieel om zowel de uitkomsten als de kosten te meten. Zonder deze gegevens kunnen artsen niet de juiste keuzes maken, verbeteringen begeleiden, leren van anderen en samenwerking en verandering onderbouwen. Het meten van waarde is ook nodig om de impact van innovaties aan te tonen en extra investeringen te rechtvaardigen.



Voor specifieke aandoeningen zoals hartfalen of borstkanker, zijn de behoeften van patiënten en de veelvoorkomende complicaties vaak goed gedefinieerd. Voor dergelijke zorg wordt de waarde vaak verbeterd door het formeren van multidisciplinaire teams van professionals. Zij fungeren als geïntegreerde zorgeenheden en werken samen om te voldoen aan de belangrijkste behoeften van al hun patiënten gedurende de volledige zorgcyclus. Inclusief het omgaan met bijkomende aandoeningen. Dit overstijgt het bieden van afzonderlijke diensten¹².

Geïntegreerde oncologische teams omvatten bijvoorbeeld steeds vaker zowel palliatieve zorgspecialisten om ervoor te zorgen dat kwesties rond het levenseinde aan de orde worden gesteld, als psychiaters om te helpen bij de diagnose en behandeling van depressies¹³. Er worden in toenemende mate dergelijke aandoeningsgerichte zorg- of behandelteams opgericht, zoals bijvoorbeeld in het Massachusetts General Hospital's instituut voor hart- en vaatziekten en hersencirculatiestoornissen.

In de eerstelijnszorg zijn er echter maar weinig van dergelijke zorgeenheden. De kern van het probleem is dat eerstelijnszorg per definitie gericht is op de totale patiënt en dat eerstelijnszorg een heterogene groep patiënten bedient¹⁵. De sterk uiteenlopende behoeften zijn het meest lastige aspect in de eerstelijnszorg en de belangrijkste oorzaak waarom het zo moeilijk is om waarde te meten. En dus valt men terug op prestatiemetingen, gebaseerd op wat artsen doen en waarvoor ze worden betaald: aantal bezoeken, grootte van de groep zorgverleners en aantal verrichtingen. Als gevolg daarvan zijn eerstelijnszorgpraktijken aanbodgestuurde organisaties geworden die zich richten op het maximaliseren van de productie van verrichtingen en diensten waarvoor wordt betaald. Clinici werken hard, maar elke patiënt wordt behandeld als een speciaal geval voor wie 'het wiel' opnieuw moet worden uitgevonden.

Door de eerstelijnszorg als één dienstverlenende eenheid te beschouwen, ondermijnen we niet alleen de waarde, we zetten de eerstelijnszorg vast in een keurslijf dat waardeverbetering bemoeilijkt, zo niet onmogelijk maakt. We zullen het probleem nooit oplossen door te proberen 'eerstelijnszorg beter te doen'. In plaats daarvan moet eerstelijnszorg opnieuw worden gedefinieerd. We moeten het werk dat zich binnen die praktijken afspeelt ontleden en opnieuw kijken naar hoe het wordt uitgevoerd.





De agenda voor eerstelijnszorg

Wij geloven dat er voor de transformatie van de eerstelijnszorg een verschuiving moet plaatsvinden naar waardegedreven zorg voor subgroepen patiënten. De verandering bestaat uit vijf essentiële elementen die hierna worden beschreven.

› Organiseer de zorg rondom helder gedefinieerde patiëntgroepen

Het startpunt voor een waardegedreven eerstelijnszorg is het vaststellen van groepen patiënten met vergelijkbare zorgbehoeften, uitdagingen en manieren om toegang tot zorg te verkrijgen. Vervolgens worden voor elke subgroep van patiënten zorgteams en zorgprocessen ontworpen, uitkomsten gemeten en de zorgkosten in kaart gebracht. Op passende uitkomstmaten en kosten die aansluiten bij de behoeften en zorgcyclus van elke subgroep, zouden de huidige bekostiging, die gericht is op het volume van betaalde verrichtingen, moeten vervangen.

Het voorbeeld in de online bijlage¹⁶ biedt een eenvoudig kader voor het opsplitsen van volwassenen in vijf subgroepen waaraan de meeste zorgactiviteiten voor volwassenen in de eerstelijnszorg worden besteed. Voor kind- en jeugdpraktijken kunnen jongeren worden gescheiden in soortgelijke groepen. De getoonde subgroepen en de potentiële teamleden zijn illustratief en kunnen verschillen per praktijk. Aanstaaende moeders en moeders met jonge kinderen kunnen bijvoorbeeld een belangrijke subgroep zijn in gezondheidszorgpraktijken voor vrouwen. En in sommige praktijken kunnen bijvoorbeeld sociaal-demografische factoren, zoals een hoge prevalentie van Spaans sprekende patiënten, belangrijke variabelen zijn.

Er is geen eenduidige manier om patiënten in te delen. Wat van groot belang is, is dat elke eerstelijnspraktijk werkt aan zorgmodellen die de meeste zorgbehoeften van een subgroep patiënten bevatten en deze in de loop van de tijd verder ontwikkelt zodat de kennis over team-gebaseerde zorgmodellen toeneemt.

Maak subgroepen om aan de behoefte te voldoen

Door patiënten te groeperen op basis van hun zorgbehoeften, kunnen eerstelijns zorgpraktijken meerdere op patiëntbehoeften gebaseerde zorgmodellen ontwikkelen waarmee waarde kan worden gemeten en verbeterd. Door patiënten op te splitsen in subgroepen kunnen zorgverleners niet alleen beter aan de behoeften van patiënten voldoen, maar kan er ook beter worden ingespeeld op de behoeften van passende preventieve zorg.

Binnen elke subgroep zal altijd variatie bestaan en de behoefte om zorg op maat te maken. Zelfs als de meerderheid van de patiënten vindt dat aan de meeste van hun zorgbehoeften wordt voldaan. De subgroep van gezonde volwassenen bevat bijvoorbeeld mensen met verschillende risicofactoren en verschillende acute zorgvragen. Maar de subgroep deelt dezelfde basisbehoeften voor een optimale gezondheid, namelijk screening en preventieve zorg en spoedzorg voor acute problemen.

En zo zal een subgroep van patiënten met meerdere chronische aandoeningen en frequente exacerbaties de behoefte delen voor meer en intensiever contact met de gezondheidszorg, een breder pakket aan diensten en een breder team van artsen en ondersteunend personeel – zoals bijvoorbeeld medisch specialisten, patiëntvoorlichters en gecoördineerde gezondheidsdiensten voor thuis.

“Behoeften” omvatten niet alleen verschillende diensten, maar ook effectieve methoden voor contact met de zorgverleners. Zo hoeft bijvoorbeeld een gezonde zesentwintig jarige vrouw met een urineweginfectie niet naar de praktijk te komen voor een afspraak. Daarentegen zal een vijfenveertig jarige vrouw met slecht gecontroleerde diabetes mellitus baat hebben bij frequent contact met een diabetes-voorlichter, waarbij persoonlijke bezoeken worden gecombineerd met telefonische of eHealth-consulten gericht op regelmatige monitoring en gedragsverandering.



Artsen zijn over het algemeen van mening dat het goed is om patiënten naar de praktijk te laten komen, omdat het mogelijkheden biedt voor screening en het verlenen van preventieve diensten¹⁷. Vanuit een waardeperspectief is dit echter een kostbare manier van screenen waarbij er bovendien nog altijd gevallen worden gemist.

Het onderverdelen van patiënten in subgroepen is niet gebaseerd op afzonderlijke ziektes zoals diabetes, hypertensie en depressie. Integendeel, de indeling in subgroepen is gebaseerd op overeenkomsten in zorgbehoeften, die passen bij de omstandigheden van patiënten en de ernst van de aandoeningen. Subgroepen op basis van specifieke ziektekenmerken zijn meer geschikt voor specialistische zorg. Maar hoewel de indeling naar ziekten verleidelijk is voor eerstelijnszorg, zijn ze vooral onpraktisch. Er zijn veel medische aandoeningen en evenveel mogelijke gezondheidszorgbenaderingen in veel eerstelijnszorgpraktijken. Daardoor zou elk programma slechts een klein percentage van de patiënten kunnen behandelen. Een dergelijke versnippering maakt het organiseren van geïntegreerde teams per ziekte lastig. Hierdoor geven de meeste eerstelijnszorgpraktijken op voordat ze überhaupt zijn begonnen.

Wat betekent het om de eerstelijnszorg te herontwerpen?

Om de eerstelijnszorg te herontwerpen, moeten alle de patiënten van een praktijk worden verdeeld in een relatief klein aantal groepen die de belangrijkste verschillen in zorgbehoeften en gezondheidstoestand omvatten. De nadruk moet liggen op de vorming van groepen die zich laten vertalen in behoeften aan dienstverlening en noodzakelijke samenstelling van het zorgteam. Een patiënt kan wisselen tussen subgroepen, maar zijn of haar zorg wordt geleverd door het team dat op dat moment het best past bij de zorgbehoeften.

Een praktijk kan ervoor kiezen niet alle subgroepen zelf te bedienen. Sommige patiënten worden verwezen naar andere zorgverleners die beter zijn toegerust om aan de specifieke zorgbehoeften te voldoen. Patiënten met bijvoorbeeld een terminale nierziekte kunnen worden doorverwezen naar een dialyseteam dat zowel eerstelijns als specialistische nefrologische zorg biedt.

Geen enkele indeling van patiënten zal ooit al hun verschillen omvatten. Maar deze benadering is beter dan de huidige situatie in de eerste lijn die zich vaak bezighoudt met acute klachten van patiënten in plaats van doelbewuste pogingen om aan de zorgbehoeften van patiënten te voldoen.



Zorgprofessionals denken misschien dat het hun taak is om elke patiënt te behandelen alsof hij of zij uniek is. Patiënten worden echter beter geholpen als een dergelijke persoonlijke aanpak wordt gecombineerd met doelbewuste inspanningen om te voldoen aan gemeenschappelijke behoeften van patiënten die tot dezelfde subgroep behoren.

› Bied aan iedere patiëntengroep diensten aan vanuit een integraal zorgteam gedurende de volledige zorgcyclus

Wanneer eerstelijnszorgpraktijken subgroepen van patiënten hebben gedefinieerd, kunnen ze werken aan het tweede essentiële element: het ontwikkelen van teams die werken aan het integreren en verbeteren van het zorgaanbod voor elke subgroep. Het opzetten van effectieve teams die écht voor geïntegreerde zorg gaan, zal voor de meeste praktijken de grootste vernieuwing zijn.

De kritieke kwesties hierin zijn: Wie zit er in het team? Hoe werken leden als een team in de zorgcyclus? In welke instellingen? Op welke locaties en met welke hulpmiddelen om patiënten het best te benaderen en te betrekken bij de zorg?



Wie zit er in het team?

Teams bestaan normaal gesproken uit huisartsen en andere medewerkers die de diensten leveren die de patiënt nodig heeft. In teams die rond de verschillende groepen zijn georganiseerd, krijgen artsen en ander personeel een andere rol. Door de taken anders te verdelen, kunnen hoog opgeleide artsen en verpleegkundigen worden ingezet waar hun vaardigheden vereist zijn. De overige werkzaamheden kunnen door het ondersteunend personeel worden opgepakt.

Sommige organisaties, zoals het Geisinger Health System, geven baliepersoneel de verantwoordelijkheid om te zorgen dat preventieve testen worden gepland. Bijvoorbeeld het oogonderzoek voor patiënten met diabetes. Naast artsen kunnen ook medische assistenten, verpleegkundigen en apothekers het verloop van veelvoorkomende chronische aandoeningen, zoals verhoogde bloeddruk, diabetes en cholesterolafwijkingen monitoren.

De afspraken van patiënten in een bepaalde subgroep kunnen op vaste dagen van de week worden gemaakt. Wanneer chronisch zieke patiënten op bepaalde dagdelen worden ingepland, kunnen efficiënte consulten in combinatie met educatieve programma's op groepsniveau worden gegeven. Veel praktijken hebben al groepsbezoeken ingesteld voor patiënten met bepaalde veelvoorkomende aandoeningen, zoals diabetes, hartfalen, hoofdpijn en artritis¹⁸.

Wanneer patiënten met dezelfde chronische aandoeningen op dezelfde momenten worden ingepland, kunnen specialisten die het meest relevant zijn voor deze subgroep zich bij het team aansluiten. Bijvoorbeeld diabetessessies met endocrinologen, podotherapeuten en nierspecialisten. Of complexe casussen met specialisten in de geestelijke gezondheidszorg, zorgverleners voor palliatieve zorg en maatschappelijk werkers. Tijdig overleg – zowel formeel als informeel – kan gemakkelijk plaatsvinden als patiënten volgens behoeften worden ingepland in plaats van willekeurig. Het benodigde team wordt samengesteld op basis van de zorgbehoeften van de subgroep.

Deze vernieuwingen lijken sterk af te wijken van de norm, maar dit komt vooral doordat er nu geen teams bestaan die de opdracht hebben de waarde voor patiëntengroepen te verbeteren. Wanneer dergelijke teams er komen, worden deze innovaties heel logisch. Binnen een bepaalde subgroep van patiënten zijn altijd mogelijkheden om te

verbeteren. Zelfs als de resultaten al uitstekend zijn, kunnen teams manieren vinden om deze efficiënter te realiseren.

Bovendien kunnen praktijken misschien wel uitblinken in een specifieke groep van patiënten, er zijn altijd andere groepen waar nog meer verbetering mogelijk is. Een eerstelijnszorgpraktijk kan bijvoorbeeld goed presteren voor de groep patiënten met complexe aandoeningen, maar heeft nog voldoende verbeterpunten als het gaat om de groep gezonde of risicopatiënten.

Het organiseren van zorgverlening rond de behoeften van subgroepen gaat in tegen het idee dat diversiteit – bijvoorbeeld het zien van een perfect gezonde patiënt gevolgd door een patiënt die ernstig ziek is – belangrijk is voor de voldoening bij het beoefenen van eerstelijnszorg. We denken juist dat artsen meer voldoening krijgen van het leveren van uitstekende zorg, hetgeen mogelijk wordt door hun specifieke kennis van de behoeften van de patiënten en door samenwerking met een team van professionals die daaraan kan voldoen. Ook leren van elkaar wordt mogelijk door dergelijke zorgteams.

Er is altijd ruimte voor verbetering. Zelfs als de resultaten al uitstekend zijn, kunnen teams manieren vinden om deze efficiënter te realiseren.



Hoe moet de inrichting van de praktijk veranderen?

Een dergelijke op behoeften gebaseerde benadering heeft gevolgen voor de fysieke lay-out, op de apparatuur en op locatie aanwezige diagnostiek voor eerstelijnszorgpraktijken. Praktijken zijn nu vooral ingericht om het aantal bezoeken (consulten) te maximaliseren. In plaats daarvan moet de ruimte zodanig worden ontworpen dat het de effectiviteit van de teams ten goede komt.

Sommige praktijken in de eerstelijnszorg zijn bijvoorbeeld ingericht om de artsen en het samenwerkend personeel dicht bij elkaar te brengen, zodat ze beter kunnen samenwerken. Een benadering is het creëren van werkstations, waarin de arts en medische assistent naast elkaar zitten en samen papierwerk afhandelen.

Veel praktijken hebben gemeenschappelijke werkruimten, zodat artsen tussen de consulten door direct met elkaar en met planners en ander personeel kunnen overleggen. Specialisten in de geestelijke gezondheidszorg of andere soorten klinici – waaronder zorgprofessionals voor palliatieve zorg, pijnspecialisten en psychiaters – kunnen ook werken in zo'n gedeelde ruimte, eventueel op aangewezen dagen in de week.

Elk team rond een groep van patiënten moet een eigen toegangsmodel ontwikkelen. Want hoewel de zorg op de bekende locaties zal worden verleend, moeten teams ook kunnen communiceren met patiënten via internet en telefoon, thuis en op locaties zoals scholen en werkplekken en met behulp van andere niet-traditionele methoden. Voor kwetsbare ouderen en gehandicapte patiënten zijn huisbezoeken bijvoorbeeld vaak effectiever dan praktijkbezoeken. De apotheek is een van de plaatsen die patiënten met chronische aandoeningen zoals verhoogde bloeddruk en diabetes het meest zien en kan dus worden geïntegreerd in de aanpak. De meeste patiënten zullen enorm gebaat zijn bij het gebruik van patiëntenportalen en e-health-systemen die communicatie tussen patiënten en hun zorgprofessionals mogelijk maken.

Hoe moeten teamleden samenwerken?

Om effectief te zijn, moeten zorgaanbieders in teams werken. Elk team moet een teamleider hebben die verantwoording aflegt aan het management over de waardeverbetering voor de subgroep van patiënten. Het team moet regelmatig bijeenkomen om meetgegevens te beoordelen die de waarde voor patiënten bepalen. Teamleden moeten ook voortdurend informeel contact hebben. Daarom is het belangrijk om een gemeenschappelijke ruimte te hebben waar dit kan plaatsvinden.

Een mogelijk organisatiemodel bestaat uit maandelijks praktijkbijeenkomsten van een uur waarvan er tien tot vijftien minuten worden gewijd aan het beoordelen van hoe het met een patiëntengroep gaat. Prikkel, zowel financiële als niet-financiële, zouden moeten worden ingezet om teams te belonen voor verbetering van hun prestaties.

De teamleider hoeft niet altijd een huisarts te zijn. In sommige nieuwe praktijkmodellen zijn bijvoorbeeld niet-artsen primair verantwoordelijk voor preventieve zorg voor gezonde patiënten of de zorg voor patiënten met stabiele chronische ziekten. Dit betekent dat de tijd van artsen zoveel mogelijk wordt gebruikt voor datgene waarvoor ze zijn opgeleid. Tegelijkertijd wordt de werktevredenheid voor niet-artsen vergroot omdat ze een integraal onderdeel zijn van patiëntenzorg en niet alleen ondersteunend zijn.



> Meet de resultaten en werkelijke kosten per subgroep

Het derde element van de agenda voor eerstelijnszorg is het meten van resultaten en kosten voor elke patiënt, per subgroep. De ultieme maatstaf voor succes zijn uitkomsten die voor patiënten van belang zijn, niet de procesmetingen waar de kwaliteitsmeting in de eerste lijn nu door wordt bepaald.

Benoem resultaten die van belang zijn voor patiënten

Omdat relevante uitkomsten verschillen per subgroep, is het onmogelijk om de resultaten van de eerstelijnszorg als geheel te meten. Bovendien bepaalt niet een enkele uitkomstmaat hoe het met een patiëntengroep gaat; er moeten meerdere uitkomstmaten op continue basis worden verzameld. Een fundamenteel doel van uitkomstmaten is dat teams mogelijkheden zien om van anderen te leren, omdat geen enkele eerstelijnspraktijk waarschijnlijk uitblinkt in alle uitkomsten⁵.

In tabellen 1 en 2 staan voorbeelden van uitkomstscorekaarten voor gezonde volwassen patiënten en voor volwassen patiënten met chronische ziektes. Voor groepen met chronische ziektes of complexe aandoeningen, bestaan de uitkomsten uit een combinatie van algemene uitkomstmaten, zoals kwaliteit van leven en zorg op het juiste moment, en specifieke uitkomsten voor de chronische aandoeningen of ziektes, zoals bijvoorbeeld diabetes.

Er gaat veel werk zitten in het vaststellen van uitkomstmaten en het implementeren van

meetsystemen, maar dat mag zorgorganisaties er niet van weerhouden om alvast van start te gaan en te beginnen met het gebruik van de beschikbare gegevens.

Meet de totale kosten

Het meten van de totale kosten voor patiënten in elke subgroep, inclusief die buiten de eerstelijnszorg, is onderdeel van het creëren van zogeheten 'waarde scorelijsten' (value scorecards). Bestaande kostensystemen leggen niet de werkelijke kosten per patiënt vast¹⁹. Het vaststellen van de kosten begint met het in kaart brengen van de processen, oftewel inzicht in alle zorgprocessen die komen kijken bij het behandelen van subgroepen van patiënten gedurende een bepaalde tijd. Inclusief gebruikelijke trajectvarianties zoals de behoefte voor een second opinion of het beoordelen van röntgenfoto's die door andere partijen zijn gemaakt. Vervolgens kunnen de middelen die bij elk proces betrokken zijn – bijvoorbeeld personeel, uitrusting, ruimte, medicijnen en benodigd materiaal – worden geïdentificeerd en kunnen de kosten worden vastgesteld en samengevoegd.

Door de behaalde resultaten te vergelijken met de werkelijke gemaakte kosten, kunnen zorgorganisaties de waardeverbetering voor elke groep van patiënten meten. De zorgteams kunnen dan hun belangrijkste taak – waardeverbetering – uitvoeren door een of meer resultaten te verbeteren of door de kosten te verlagen die nodig zijn om die resultaten te behalen. Dit geeft zorgorganisaties de mogelijkheid gericht na te denken over investeringen in personeel, apparatuur en faciliteiten.



➤ Organiseer ketenfinanciering en zorg dat waardeverbetering wordt beloond

Het vierde element van de agenda voor eerstelijnszorg is het instellen van waardegedreven financiering. De hervorming van de eerstelijnszorg is verlamd door de huidige versnippering van de zorgverlening, hetgeen een natuurlijk gevolg is van betaling per verrichting (dienst). Het betalen voor iedere aparte dienst versterkt het idee dat het werk van eerstelijnsgezondheidsorganisaties moet worden gestuurd door afzonderlijke diensten of prestaties.

Gebundelde betalingen

Wij zijn van mening dat een betalingssysteem dat is ontworpen op basis van periodieke gebundelde betaling de benadering is die het meeste overeenkomt met de waarde voor patiënten. Dit houdt in dat wordt betaald voor een totaalpakket van verrichtingen voor een gedefinieerde eerstelijns subgroep van patiënten gedurende een specifieke periode.

Zo kunnen eerstelijnszorgpraktijken bijvoorbeeld verschillende maandelijkse betalingen ontvangen voor de zorg voor patiënten die in verschillende groepen vallen. De betalingen kunnen €5 per maand bedragen voor een gezonde patiënt, €10 voor iemand met een verhoogd risico, €25 voor iemand met een chronische aandoening en €100 voor een patiënt met een complexe aandoening. Aanvullende vergoedingen voor verrichtingen kunnen beschikbaar zijn om tegemoet te komen aan acute zorgvragen van patiënten, hoewel de hoogte van deze vergoeding minder zouden moeten zijn dan in een financieringsmodel op basis van alleen verrichtingen.

Aan de hand van de grootte van subgroepen patiënten zoals beschreven in de online bijlage¹⁶ zou een dergelijke betalingsstructuur ongeveer €600.000 per jaar opleveren voor de eerstelijnszorgpraktijk, uitgaand van een vergoeding per patiënt per maand voor een huisartsenpraktijk van 2.500 patiënten. Dat bedrag zou voldoende moeten zijn om extra personeel te financieren dat nodig is voor de zorgteams. Risicoverevening en clausules voor uitschieters kunnen een praktijk beschermen tegen financiële risico's als gevolg van risicopatiënten met complexe aandoeningen.

Financiële prikkels in de eerstelijnszorg

Zelfs als zorgorganisaties worden gefinancierd voor grote patiëntenpopulaties en een vast bedrag ontvangen per patiënt, dan nog zullen financiële prikkels voor speciale zorg of op subgroepen

gebaseerde stimuleringsystemen nodig zijn. Daarmee kan namelijk de geïntegreerde zorg worden versterkt en de waarde op het niveau van de zorgverlener worden verbeterd.

Artsen vinden het moeilijk om noodzakelijke bezuinigingen door te voeren in het huidige, op verrichtingen gebaseerde financieringssysteem. Het leidt tot willekeurige bezuinigingen en ontevredenheid. Gebundelde bekostiging voor de zorg van specifieke patiëntengroepen zorgt daarentegen voor meer doordachte keuzes voor eerstelijnszorgverleners en beloont verbeteringen.

De versnippering van zorg (diensten) in de meeste zorgorganisaties heeft een natuurlijke verschuiving naar gebundelde betalingen vertraagd, maar de voordelen van bundelfinanciering worden steeds meer erkend en begrepen²⁰. Gezien de groeiende behoefte aan waarde, zullen zorgorganisaties steeds meer worden gedwongen om zorgprofessionals rond waardeverbetering te organiseren. Ook zullen nieuwe benaderingen van bekostiging van specifieke subgroepen van patiënten worden omarmd. Wij zijn van mening dat toepassing van gebundelde betalingsmodellen voor de subgroepen van patiënten de verbetering van de eerstelijnszorg zal versnellen.

➤ Verbind de subgroepteam met specialistische zorg

Het laatste onderdeel van de strategische agenda voor eerstelijnszorg bestaat uit het integreren van eerstelijns subgroepteam met relevante specialistische zorgteams. Net zoals de subgroepen van patiënten verschillen in wat ze nodig hebben van de eerstelijnszorgpraktijken, variëren ze ook in wat ze nodig hebben van tweedelijns- en derdelijnszorgverleners.

De zorgbehoeften voor gezonde kinderen of volwassenen zullen voor het grootste deel door eerstelijnszorgpraktijken worden geleverd. Andere patiënten, zoals patiënten met ernstige aandoeningen die wel behandelbaar maar niet te genezen zijn, zullen idealiter veel zorg ontvangen van zorgprofessionals die op een geïntegreerde specialistische zorgafdeling werken. Zulke patiënten hebben baat bij een goede coördinatie en integratie tussen de eerstelijnszorg en specialistische teams.

Er vinden experimenten plaats waarbij specialisten werkzaam zijn in de eerstelijnszorg en eerstelijnszorgaanbieders werken in specialistische praktijken.



De ideale combinatie van eerstelijnszorg en specialistische zorg zal variëren per subgroep van patiënten en medische situatie en kan in de loop van de tijd zelfs variëren voor individuele patiënten. Om goed om te gaan met deze verschillende situaties moeten eerstelijns- en gespecialiseerde zorgverleners functioneren als leden van een gezamenlijk team, georganiseerd rond de zorgbehoeften van patiënten. Zorgprofessionals hebben dan het gezamenlijke doel de resultaten en efficiëntie voor hun patiënt te verbeteren in plaats van alleen hun eigen specifieke taken uit te voeren.

Deze samenwerking vereist stelselmatige inspanningen om protocollen te delen, overdrachtmomenten vast te stellen en persoonlijke relaties op te bouwen. Integratie heeft de meeste kans van slagen als alle zorgprofessionals toegang hebben tot hetzelfde medische informatiesysteem en als eenduidige uitkomstmaten routinematig worden verzameld en gedeeld. En natuurlijk verhoogt een gebundelde bekostiging voor eerstelijnszorg én specialisten de kans op samenwerking.

Waardegedreven eerstelijnszorg in de praktijk

Hoewel we een strategisch herontwerp van eerstelijnszorg hebben beschreven, zijn de concepten hier niet radicaal. Veel innovatieve eerstelijnszorgpraktijken implementeren al enkele elementen van een waardegedreven model van eerstelijnszorg.

Ambulante intensieve zorgeenheden richten zich bijvoorbeeld op de ziekste of duurste patiënten. De ingezette teams werken aan het verbeteren van de resultaten en het verlagen van de totale kosten. Ook zijn er organisaties die hoogwaardige eerstelijnszorg bieden aan een subgroep van gehandicapte en bejaarde patiënten. Daarbij gebruiken zij een gerichte aanpak met huisbezoeken en een uitgebreide reeks van ondersteunende diensten. Bij andere organisaties werken eerstelijnszorgmedewerkers en ggz-professionals op dezelfde locatie en behandelen ze samen patiënten die beide soorten zorg nodig hebben.

Het patiëntgerichte zorgmodel is een belangrijke stap in de richting van een beter gecoördineerde, teamgerichte zorg waarmee resultaten verbeteren en kosten verlagen²¹⁻²⁴. Maar de grootste investering die nodig is om een patiëntgericht zorgmodel te implementeren (naast een investering in elektronische medische dossiers), bestaat uit verpleegkundige casemanagers die zich richten op het verbeteren van de coördinatie van de zorg voor de patiënten met een hoog risico. Deze groep maakt echter slechts 3-5 procent uit van een normale huisartsenpraktijk. Dit model geeft geen antwoord op de organisatorische uitdagingen die de heterogeniteit van de eerstelijnszorgpatiënten

met zich meebrengt en het verschil in wat als goede dienstverlening wordt ervaren. Zo is er bijvoorbeeld een succesvol zorgconcept dat oudere, risicovolle patiënten volgt via telefonische contacten en praktijkbezoeken kent samen met casemanagers. Maar datzelfde concept heeft minder succes bij jongere risicopersonen die vaak moeilijk telefonisch te bereiken zijn (Mark Mandell, Partners Community Healthcare, persoonlijke communicatie 30 september 2012).

Het patiëntgerichte zorgmodel is in veel opzichten noodzakelijk, maar niet voldoende om waardegedreven eerstelijnszorg te bieden. Met andere woorden; het is onwaarschijnlijk dat een patiëntgericht zorgmodel het fundamentele waardeprobleem vanzelf zal oplossen. In het ergste geval kunnen de patiëntgerichte zorgmodellen een 'dekmantel' worden, waar zorgcoördinatoren proberen om te gaan met disfunctionerende zorg in plaats van de onderliggende verrichtingenstructuur te veranderen. Praktijken die het patiëntgerichte zorgmodel toepassen door alleen een patiëntenmeetsysteem op te zetten en meer zorgcoördinatiepersoneel aan te nemen, zullen de waarde van de geleverde zorg waarschijnlijk niet verbeteren en kunnen de kosten zien stijgen.

Maar wanneer praktijken het toepassen van patiëntgerichte zorgmodellen serieus gebruiken als een kans om patiënten in subgroepen onder te verdelen, echt geïntegreerde teams te bouwen om subgroepen te behandelen, specifieke resultaten en kosten te meten en aandacht voor procesverbetering hebben, kan de waarde in de eerstelijnszorg drastisch verbeteren.



Het concept van het organiseren van teams rond subgroepen van patiënten lijkt misschien tegen de holistische benadering en de integratieve aard van de eerstelijnszorgpraktijken in te gaan. Maar de aanpak van holistische en geïntegreerde zorg zullen er waarschijnlijk efficiënter van worden. Gezondheidszorg raakt vaak verlamd door tegemoetkoming aan de zorgbehoeften van bijzondere gevallen. Daardoor verliest de zorg de mogelijkheid om systemen te implementeren die

voldoen aan de meeste zorgbehoeften voor de meerderheid van de patiënten, waaronder ook de patiënten met uitzonderlijke zorgbehoeften. De zorgbehoeften van de patiënt kunnen verschuiven en sommige patiënten zullen nooit netjes in een specifieke subgroep passen. Maar onze klinische ervaring in de eerste lijn is dat in zorgmodellen die voldoen aan de zorgbehoeften van patiënten subgroepen niet botsen met het leveren van persoonlijke zorg aan elk individu.

Oefengrootte als barrière

Een voor de hand liggende en belangrijke factor die van invloed is op de overstap naar een op waardegedreven eerstelijnszorg is de grootte van een praktijk. Zorgaanbieders in kleine praktijken met slechts één of twee artsen geloven waarschijnlijk niet dat ze de schaal hebben om aparte teams voor verschillende patiënten subgroepen te ontwikkelen. Dergelijke praktijken hebben hun handen al vol aan de begeleiding van risicopatiënten en het gebruik van het elektronisch patiëntendossier. Ze hebben geen tijd om andere systemen te implementeren, zelfs niet wanneer die mogelijk de resultaten en efficiëntie kunnen verbeteren.

Wij zijn van mening dat de trend van schaalvergroting in de eerstelijnszorgpraktijken zal worden voortgezet. Niettemin zullen kleine praktijken de komende jaren nog veel voorkomen, vooral op het platteland. Dergelijke praktijken kunnen door samenwerking toch waardegedreven zorg vormgeven zonder hun zakelijke onafhankelijkheid op te geven. Ze kunnen bijvoorbeeld in netwerken koepels vormen. Dit stelt hen in staat resultaten en kosten te meten, te onderhandelen over betalingen en de juiste financiële prikkels en biedt hen de mensen en informatiesystemen die de waarde kunnen verhogen. De noodzaak om de waarde van de gezondheidszorg te verbeteren, zal waarschijnlijk de ontwikkeling van dergelijke nieuwe samenwerkingsrelaties versnellen.

Conclusie

De omstandigheden voor een fundamenteel herontwerp van eerstelijnszorg zijn nog nooit zo gunstig geweest. We staan op een moment waar veranderingen in het financieringssysteem en in de cultuur van de eerstelijnszorg mogelijk en ook waarschijnlijk zijn. Nieuwe bekostigingsmodellen, zoals 'verantwoordingsverplichte zorgorganisaties'¹ bieden kansen voor waardegedreven patiëntenzorg. Zorgaanbieders zien de voordelen om zichzelf rond bepaalde subgroepen van patiënten te organiseren om op die manier beter aan hun zorgbehoeften te voldoen. Door de hierboven beschreven aanpak te volgen, kunnen we de samenwerking en de werkelijke integratie van zorg stimuleren, zodat we de maatschappelijke noodzakelijke verbeteringen van eerstelijnszorg kunnen realiseren.

¹ Een verantwoordingsverplichte zorgorganisatie (ACO) is een zorgorganisatie die betalingen koppelt aan kwaliteitsmetingen en de kosten van zorg. ACO's in de Verenigde Staten worden gevormd door een groep gecoördineerde zorgverleners. Ze gebruiken alternatieve betaalmodellen. De organisatie legt verantwoording af aan patiënten en derde betalers voor de kwaliteit, geschiktheid en efficiëntie van haar diensten. [Wikipedia]



Tabel 1 - Mogelijke uitkomstmaten voor een waardescore voor gezonde volwassen patiënten

Uitkomstmaten	Specifieke kenmerken van de uitkomstmaten
Overleving	Sterfte
Mate van herstel of gezondheid	Functionele status (fysieke en mentale gezondheid)
Tijd voor herstel of terugkeer naar normale activiteiten	Tijd tot behandelen van minder belangrijke spoedeisende zorg. Tijd tot definitieve diagnose voor meer gecompliceerde aandoeningen. Tijd besteed aan toegang tot behandeling. Tijd om specialistische behandeling af te ronden voor meer gecompliceerde of urgente problemen . Werkdagen gemist vanwege gebrek aan volledig fysiek of mentaal functioneren.
Nadelige of schadelijke effecten van zorg of behandelproces	Pijn en angst voorafgaand aan de behandeling. Pijn en angst tijdens de behandeling. Zorgcomplicaties.
Duurzaamheid van herstel of gezondheid over tijd	Onderhouden functioneel niveau Frequentie van minder urgente zorgproblemen Frequentie van belangrijke acute problemen (zoals kanker, hartinfarct, beroerte) Acuut optreden van chronische aandoeningen en complicaties (zoals hypertensie en diabetes)
Langetermijngevolgen van therapie	Bijwerkingen van de ontvangen zorg



Tabel 2 - Mogelijke uitkomstmaten voor een waardescore voor volwassen patiënten met een chronische ziekte

Uitkomstmaten	Specifieke kenmerken van de uitkomstmaten
Overleving	Sterfte
Mate van herstel of gezondheid	Functionele status (fysieke en mentale gezondheid) Beheersing van complicaties van chronische ziekte
Tijd voor herstel of terugkeer naar normale activiteiten	Tijd besteed aan toegang tot behandeling Tijd om specialistische behandeling af te ronden voor meer gecompliceerde of urgente problemen Werkdagen gemist vanwege gebrek aan volledig fysiek of mentaal functioneren
Nadelige of schadelijke effecten van zorg of behandelproces	Pijn en angst voorafgaand aan de behandeling. Pijn en angst tijdens de behandeling. Zorgcomplicaties.
Duurzaamheid van herstel of gezondheid over tijd	Onderhouden functioneel niveau Frequentie van minder urgente zorgproblemen Frequentie van belangrijke acute problemen (zoals kanker, hartinfarct, beroerte)
Langetermijngevolgen van therapie	Bijwerkingen van de ontvangen zorg



Referenties

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
2. National Resident Matching Program. Advance data tables: 2011 main residency match [Internet]. Washington (DC): NRMP; [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://www.nrmp.org/data/2011Adv%20Data%20Tbl.pdf>
3. Bodenheimer T, Pham HH. Primary care: current problems and proposed solutions. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5):799-805.
4. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(6): w717-34. DOI: 10.1377/hlthaff.26.6 .w717.
5. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26): 2477-81.
6. Lee TH. Putting the value framework to work. *N Engl J Med*. 2010; 363(26):2481-3.
7. Lee TH, Bodenheimer T, Goroll AH, Starfield B, Treadway K. Redesigning primary care. *N Engl J Med*. 2008;359(20):e24.
8. Baron RJ. What is keeping us so busy in primary care? A snapshot from one practice. *N Engl J Med*. 2010;362(17):1632-6.
9. Milstein A, Gilbertson E. American medical home runs. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(5):1317-26.
10. Milstein A, Kothari PP, Fernandopulle R, Helle T. Are higher-value care models replicable? *Health Affairs Blog* [blog on the Internet]. 2009 Oct 20 [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://healthaffairs.org/blog/2009/10/20/are-higher-value-care-models-replicable>
11. Landon BE, Gill JM, Antonelli RC, Rich EC. Prospects for rebuilding primary care using the patient-centered medical home. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5):827-34.
12. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston (MA): Harvard Business School Press; 2006.
13. Strand JJ, Billings JA. Integrating palliative care in the intensive care unit. *J Support Oncol*. 2012;10(5): 180-7.
14. Massachusetts General Hospital, Institute for Heart, Vascular, and Stroke Care [home page on the Internet]. Boston (MA): The Hospital; [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://www.massgeneral.org/institute/>
15. Schappertt SM, Rechsteiner EA. Ambulatory medical care utilization estimates for 2006. *Natl Health Stat Report*. 2008;(8):1-29.
16. To access the Appendix, click on the Appendix link in the box to the right of the article online.
17. Ofri D. Making a case for the medical checkup. *New York Times Well* [blog on the Internet]. 2013 Jan 3 [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://well.blogs.nytimes.com/2013/01/03/making-a-case-for-the-medical-check-up/>
18. Jaber R, Braksmajer A, Triling JS. Group visits: a qualitative review of current research. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(3):276-90.
19. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev*. 2011;89(9):47-52, 54, 56-61 passim.
20. Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB. The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(11):2116-24.
21. Grumbach K, Grundy P. Outcomes of implementing patient centered medical home interventions: a review of the evidence from prospective evaluation studies in the United States [Internet]. Washington (DC): Patient-Centered Primary Care Collaborative; [updated 2010 Nov 16; cited 2013 Jan 28]. Available from: http://www.pcpcc.net/files/evidence_outcomes_in_pcmh.pdf
22. Bitton A, Martin C, Landon BE. A nationwide survey of patient centered medical home demonstration projects. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(6):584-92.
23. Gilfillan RJ, Tomcavage J, Rosenthal MB, Davis DE, Graham J, Roy JA, et al. Value and the medical home: effects of transformed primary care. *Am J Manag Care*. 2010;16(8): 607-14.
24. Reid RJ, Coleman K, Johnson EA, Fishman PA, Hsu C, Soman MP, et al. The Group Health medical home at year two: cost savings, higher patient satisfaction, and less burnout for providers. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5):835-43."



Online bijlage - Tabel volwassen groepssegmentatie²

Segment - Gezond

Definitie	Volwassenen met een goede of uitstekende fysieke gezondheid zonder voortdurende fysieke, emotionele of sociale zorgbehoeften
Voorbeeld	34-jarige gezonde vrouw zonder bekende medische problemen
Demografie	~ 36% van de bevolking is momenteel gezond en heeft geen verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische ziektes ³
Hoofdprioriteiten	Handhaving van de gezondheid
Belangrijkste eerstelijnszorg diensten	Op leeftijd en geslacht afgestemde preventieve en screeningszorg, alsmede spoedeisende zorg voor kleine medische problemen.
Belangrijke potentiële teamleden	Praktijkgerichte verpleegkundige, medisch assistent, medische technici (voor nuttige laboratoriumtests)

Segment - Gezond met een complexe acute ziekte

Definitie	Volwassenen met een goede algehele gezondheid, maar met een complexe acute ziekte
Voorbeeld	63-jarige vrouw met die last krijgt van zwakte, vermoeidheid en kortademigheid
Demografie	Zeer variabel
Hoofdprioriteiten	Vroegtijdige detectie van mogelijk levensbedreigende problemen, nauwkeurige diagnose
Belangrijkste eerstelijnszorg diensten	Snelle toegang en evaluatie die triage van problemen mogelijk maakt, coördinatie met speciale IPU ⁴ (integrated practice units)
Belangrijke potentiële teamleden	Huisarts, praktijkgerichte verpleegkundige, zorgcoördinator, sociaal werker, specialistische IPU ⁴



Segment - Loopt risico

Definitie	Volwassenen die momenteel in goede gezondheid verkeren, maar een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van acute of chronische ziekten en een hoger niveau van dienstverlening vereisen om escalatie te voorkomen
Voorbeeld	43-jarige man met overgewicht met een rookgeschiedenis van 10 jaar, slecht dieet en zittende levensstijl, maar geen grote medische problemen
Demografie	~ 18% van de volwassenen hebben een verhoogd risico ^{5,6}
Hoofdprioriteiten	Primaire preventie van ziekte en behoud van de gezondheid, evenals aanpassing van de risicostatus
Belangrijkste eerstelijnszorg diensten	Interventies om risicoverhoging en een eenvoudige identificatie van de ontwikkeling van acute of chronische ziekten te voorkomen
Belangrijke potentiële teamleden	Praktijkgerichte verpleegkundige, huisarts, patiënt voorlichtingsspecialist, arts geestelijke gezondheid

Segment - Chronisch ziek

Definitie	Patiënten met een of meer chronische aandoeningen met voortdurende invloed op de functionele status of die een risico vormen voor complicaties op de lange termijn
Voorbeeld	Een 51-jarige zwaarlijvige vrouw met hypertensie, hyperlipidemie en niet-insuline afhankelijke diabetes
Demografie	~ 45% van de volwassen bevolking heeft één of meer chronische aandoening-en en 21% heeft 2 of meer chronische aandoeningen ^{7,8}
Hoofdprioriteiten	Ziektebeheersing, preventie van secundaire complicaties van chronische ziekten en behoud van andere aspecten van gezondheid. Acut beheer van complicaties
Belangrijkste eerstelijnszorg diensten	Beheer van chronische ziekten en coördinatie van zorg met gespecialiseerde leveranciers
Belangrijke potentiële teamleden	Praktijkgerichte verpleegkundige of verpleegkundig specialist, apotheker, huisarts, patiënt voorlichtingsspecialist, arts geestelijke gezondheid



Segment - Complex

Definitie

Patiënten met meerdere chronische aandoeningen met complicaties of andere invaliderende aandoeningen die zorg nodig hebben van meerdere gespecialiseerde diensten en die vaak leiden tot ziekenhuisopname of gebruik van de eerste hulpafdeling

Voorbeeld

57-jarige man met hartfalen, diabetes, chronische nierziekte en depressie die vorig jaar tweemaal in het ziekenhuis is opgenomen

Demografie

~ 5% van de patiënten heeft vijf of meer chronische aandoeningen, waarbij uitgaven voor de gezondheidszorg ongeveer 17 keer zoveel zijn als die van mensen zonder chronische ziekte^{9,10}

Hoofdprioriteiten

Het voorkomen en/of beheren van secundaire complicaties van ziekte, het vermijden van spoedeisende hulp, opname van patiënten, en andere escalaties in de gezondheidszorg

Belangrijkste eerstelijnszorg diensten

Frequente interactie met het eerstelijnszorgteam, inclusief, maar niet beperkt tot, intensieve ziektebeheersing en snelle interventie voor vlagen van de ziekte om escalatie van diensten te voorkomen

Belangrijke potentiële teamleden

Casemanager, huisarts, patiënt voorlichtingsspecialist, arts geestelijke gezondheid, maatschappelijk werker, specialistische IPU⁴

² Auteursanalyse

³ Ongeveer 55% van de volwassen bevolking is gezond en twee derde van deze groep heeft geen bijzonder hoog risico (secundair aan levensstijlkeuzes, familiegeschiedenis, etc.) voor het ontwikkelen van een chronische ziekte. Dit leidt tot een totaal van 36% van de volwassen bevolking die gezond is en geen speciale preventieve zorg nodig heeft.

⁴ IPU (integrated practice units): Enkele belangrijke kenmerken. A. Is georganiseerd rond de patiënt B. Biedt de volledige zorgcyclus voor een medische aandoening, inclusief voorlichting aan patiënten, begeleiding en follow-up. Omvat zowel ambulante, poliklinische en revalidatie zorg als ook ondersteunende diensten (bijvoorbeeld voeding, maatschappelijk werk). C. Een teambenadering. D. Meet uitkomsten en kosten.

⁵ Geschatte prevalentiecijfers voor bepaalde risicovolle kenmerken en/of gewoonten zijn: obesitas (33,7%), roken (21%) en onvoldoende lichaamsbeweging (88%). Als ruwe schatting veronderstelden we dat ongeveer een derde van de volwassenen die op dit moment gezond zijn, een verhoogd risico lopen om een of meerdere chronische aandoeningen te ontwikkelen.

⁶ U.S. Department of Health and Human Services. Health, United States, 2010. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus10.pdf>. Page 2.

⁷ Geschatte prevalenties voor bepaalde chronische aandoeningen zijn als volgt: hypertensie 32,6%, hyperlipidemie 14,6%, hartziekte 11,8%, diabetes 11,9% (8,2% gediagnosticeerd, 3,1% niet gediagnosticeerd), astma 7,7%, COPD 6,6%, depressie 5,4% (2 weken incidentie).

⁸ Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease in America. Public Health Reports, May-June 2004, Volume 119. Available at: <http://publichealthreports.org/archives/issueopen.cfm?articleID=1373>

⁹ Bodenheimer presentation "The Patient Centered Medical Home." and Anderson, "Chronic Conditions," Johns Hopkins, 2007.

¹⁰ Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease in America. Public Health Reports, May-June 2004, Volume 119. Available at: <http://publichealthreports.org/archives/issueopen.cfm?articleID=1373>

Colofon

Het originele artikel is Copyrighted and published by Project HOPE/Health Affairs as: Michael E. Porter, Erika A Pabo, Thomas A. Lee. "Redesigning Primary Care: A Strategic Vision to Improve Value by Organizing Around Patients' Needs." Health Affairs (Millwood) 2013, Vol. 32, No. 3: 516-525; doi: 10.1377/hlthaff.2012.0961. The published article is archived and available online at: www.healthaffairs.com

Toestemming voor vertaling en gebruik door Roset van het originele artikel is verleend door Health Affairs (3-2018).

Zorgaanbieders kunnen door samenwerking nog veel meer vooruitgang boeken in kwaliteit, in kostenreductie en meer doen voor de belangen van patiënten en zorgprofessionals. Roset helpt daarbij! Met de vertaling van het artikel 'Redesigning Primary Care' wil Roset zorgaanbieders en beleidsbepalers in de eerstelijnszorg inspireren. Voor meer informatie: www.roset-twente.nl

