

Visie van Máxima Medisch Centrum op
Transmurale samenwerking

en de implicaties daarvan op de MMC organisatie

Auteurs

Mariëtte Oostindiër, MSc, medisch coördinator SMáSH

Ralph van Disseldorp, MSc, manager Marketing Communicatie en Klantbeheer

Anneke Dalinghaus - Nienhuys, huisarts en SMáSH bestuurder

Caspar van Sambeek, huisarts en SMáSH bestuurder

Jan Harm Zwaveling, Raad van bestuur Máxima Medisch Centrum

Datum: juni 2010

Plaats: Eindhoven/Veldhoven Máxima Medisch Centrum

Versie: 2.0

Inleiding

Recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben de traditionele verhoudingen tussen 1^e en 2^e-lijns zorg ter discussie gesteld. De overheid heeft aangegeven dat (chronische) zorg die adequaat door de huisarts of zijn praktijkondersteuner kan worden geleverd, niet meer thuishoort in de tweede lijn. Dat zou niet alleen goed zijn voor de prijs maar ook voor de kwaliteit. Het motto is: "In de eerste lijn als het kan, in de tweede lijn als het moet".

Om dit beleid te ondersteunen is recent gestart met integrale bekostiging van chronische zorg. De zorggroep die de huisartsen vertegenwoordigt, onderhandelt in dit systeem van ketenzorg met de ziektekostenverzekeraar over een pakket medische zorg, waar ook de inbreng van de medisch specialist deel van uitmaakt. Op termijn komen hier ook de kosten van diagnostiek en therapie in te zitten. De medisch specialist voert hier niet meer de regie. Het laat zich aanzien dat introductie van de nieuwe keten-DBC's nog slechts het begin is van een nieuwe ontwikkeling waarin de basiszorg nadrukkelijk extamuraal wordt gehouden en de rol van de huisarts als poortwachter van de zorg wordt versterkt.

Er is dan ook aanleiding om de rol van de medisch specialist opnieuw te bezien en vast te stellen in een snel veranderende context.

In het kader van deze snel veranderende context heeft donderdag 8 oktober 2009 een brainstorm plaatsgevonden met vertegenwoordigers uit de 1e en 2e lijn. Tijdens deze brainstorm waren verschillende huisartsenorganisaties (*POZOB, SHOKO, Huisartsenkring ZOB, DOH, SGE, HEO, CHP*), enkele leden van het SMáSH bestuur en leden van de CCG, het bestuurscollege van MMC (*RvB, stafbestuur en directie*) en representanten van grote MMC vakgroepen (*interne, chirurgie, longgeneeskunde, radiologie*) vertegenwoordigd.

Conclusie van deze eerste brainstormende bijeenkomst was dat er al op vele fronten naar tevredenheid wordt samengewerkt, maar tevens was er de unanieme beleving van huisartsenzijde, dat het onduidelijk is vanuit welke visie Máxima Medisch Centrum haar samenwerking met de 1e lijn organiseert.

In dit document willen wij een aanzet doen tot het (her)formuleren van de visie van Máxima Medisch Centrum op integrale zorg, de implicaties daarvan voor de interne MMC organisatie en een voorstel doen voor een nieuwe samenwerkingsvorm en een daaraan gekoppelde overlegstructuur tussen 1e en 2e lijn.

Visieontwikkeling

Maatschappelijke context

Demografische veranderingen voorspellen een snelle vergrijzing van de bevolking en in het verlengde daarvan een explosief toenemende en complexer wordende (chronische) zorgvraag. De overheid/ ministerie van VWS verwacht eveneens dat daardoor de huidige bekostiging van de gezondheidszorg op (middel) lange termijn niet meer haalbaar is. Het ministerie van VWS heeft de laatste jaren dan ook enkele beleidslijnen uitgezet met bijbehorende financiële prikkels, die moeten gaan zorg dragen voor een betaalbaar gezondheidszorgstelsel bij een toenemende en complexer wordende zorgvraag van een goed geïnformeerde en mondige patiënt.

De overheid/ het ministerie van VWS baseert haar beleid op de principes van Integrated healthcare: *"a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve the services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency"* (WHO definitie)

Uit de brief van minister Klink d.d. 13 juli 2009:

"Integrale zorgverlening betekent dat er niet vanuit een reactief perspectief, maar veel meer vanuit een proactief perspectief zorg wordt verleend. Empowerment van de patiënt zal meer moeten worden gestimuleerd en ontwikkeld, zodat de patiënt centraal staat in de behandeling en actief deelneemt aan het zorgproces".

Implicatie van deze visie is, dat de gezondheidszorg zich aan het transformeren is van een aanbodgestuurde zorgorganisatie naar een vraaggestuurde zorgorganisatie, waarbij de zorgvraag / zorgbehoefte van de patiënt centraal staat.

Om deze ontwikkeling extra impulsen te geven, heeft het ministerie van VWS de laatste jaren een aantal financiële prikkels geïntroduceerd:

- Nieuw zorgverzekeringsstelsel waarbij zorgverzekeraars een centrale regisserende rol krijgen én schadeverzekeraar voor patiënten zijn (→ marktwerking), afbouw van de AWBZ financiering en de introductie van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (= WMO gemeentelijke overheid)
- Bekostiging van 1e lijn (*abonnementsfinanciering + verrichtingen; welke per 2010 deels wordt omgevormd naar Integrale bekostiging voor chronische zieken*), 2e lijn (*DBC financiering → DOT per 2011*) en 3e lijn (ZZP financiering), is opgebouwd volgens eenzelfde soort principe.

Deze visie van *integrated healthcare* van het ministerie van VWS, de bijbehorende financiële prikkels, macro economische schaarste aan middelen en mankracht in combinatie met de toenemende zorgvraag, maakt dat zorgverleners hun gezamenlijke, geïntegreerde medische zorg aan de patiënt anders zullen moeten gaan organiseren.

Context van de (para)medische professionals

De medisch professionele beleving van een huisarts en een medisch specialist is ten principale verschillend; in de 1^e lijn is een persoon gezond tenzij het tegendeel is bewezen, terwijl als diezelfde persoon wordt doorverwezen naar de 2^e lijn, deze patiënt ziek is tenzij het tegendeel is bewezen. Deze fundamenteel verschillende professionele belevingswerelden vormen wellicht een verklaring voor de soms complexe samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten.

Ontwikkelingen in de 1e lijn.

De overheid stimuleert dat de medische zorg efficiënt en doelmatig wordt ingericht. In casu dat kwalitatief goede medische zorg wordt verleend in het laagst mogelijke echelon (= goedkoopste echelon): laag complexe zorg in de 1e lijn en hoog complexe zorg in de 2e lijn. Dit wordt o.a. vertaald met het beleid dat de regie voor de integrale zorg aan chronisch zieken in de 1^e lijn / 1^e lijns geïntegreerde gezondheidscentra komt te liggen. Om hieraan te kunnen voldoen is de 1^e lijn

zich al een tijdje aan het ontwikkelen/ organiseren tot 1^e lijns geïntegreerde multidisciplinaire gezondheidscentra met duidelijke taakdifferentiatie (POH-ers, NP-ers, paramedici en dokterassistenten etc), waarbij de huisarts de regie voert (= 1^e lijns ziekenhuis?)

De discussie tussen 1^e en 2^e lijn m.b.t. de zorg voor chronische zieken en de electieve zorg gaat tot dusver over het adequaat diagnostiseren van patiënten met een enkelvoudige chronische ziekte, het diagnostiseren en mede behandelen van patiënten met meerdere chronische aandoeningen en het opvangen van acute fases van een patiënt met een (meervoudige) chronische ziekte(n) door de 2^e lijn. Onderdeel van deze discussie is het (voorbereid) verwijzen en terugverwijzen en/of de diagnostische consultfunctie van de 2e lijn.

Randvoorwaarde hierbij is dat landelijke richtlijnen van de verschillende medische professionals (zoals bijv. NHG-standaarden) vertaald worden naar regionale samenwerkingsafspraken rekening houdend met de couleur locale (= Regionale Transmurale Afspraken), waarbij ICT facilitering en communicatie vaak een prominent onderdeel zijn. Deze RTA's worden thans door de regionale transmurale stichtingen ontwikkeld en door hen regionaal geïmplementeerd óf door een 1e lijnszorggroep zelf geïmplementeerd.

Daarnaast zijn er samenwerkingsafspraken wenselijk over hoe te verwijzen en terugverwijzen, binnen welke termijnen, hoe en wanneer een patiënt over te dragen en wat en wanneer te communiceren met patiënt, waarbij zorglogistiek, ICT facilitering en communicatie doorslaggevende instrumenten zijn. Binnen de regio ZOB kennen we hiertoe o.a. de verwijsapplicatie ZorgDomein.

Ontwikkelingen binnen MMC

Máxima Medisch Centrum is een dynamisch top klinisch opleidingsziekenhuis dat 7*24 uur medisch specialistische zorg verleent over alle specialismen voor zowel acute, electieve als chronische zorg dicht bij huis.

Speerpunten in de integrale medisch specialistische zorgverlening zijn VrouwMoederKind (VMK), Oncologie, en Ouderenzorg.

De beide locaties van Máxima Medisch Centrum hebben een eigen onderscheidende profilering:

- MMC Eindhoven: planbare en laag-risico zorg en alle polikliniek functies
- MMC Veldhoven: acute en hoog-risico zorg en zorg voor moeder en kind en alle polikliniek functies

De MMC organisatie bestaat uit Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) die de hoekstenen vormen voor kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering.

De acute zorg is georganiseerd door middel van een SEH (in nauwe afstemming en samenwerking met de SHOKO huisartsenpost) en een Acute Opname Afdeling, waarbij de laag complexe en hoogcomplexe (planbare) acute zorg wordt gescheiden. De wacht- en doorlooptijden voor de patiënt zijn hiermee aanzienlijk gereduceerd en de acute zorg is efficiënt en doelmatig ingericht.

De electieve en chronische zorg wordt ondersteund door de verwijsapplicatie ZorgDomein en is intern vertaald naar o.a. themapoliklinieken waar diagnostiek en behandeling van de naar MMC verwezen patiënten multidisciplinair en volgens de principes van Integrated Health Care zijn georganiseerd. MMC en haar medisch specialisten zijn daarmee onderdeel van de keten aan zorg voor de patiënt. Een nadere definiëring van de rol, invulling en verantwoordelijkheid van MMC in de keten in afstemming met de ketenpartners is gewenst.

Daarnaast zijn/worden binnen MMC specifieke zorgstraten ontwikkeld en is er topreferente medisch specialistische zorg, waarbij MMC fungeert als tertiair verwijsinstituut met een bovenregionale adherentie (bijv. cataractoperaties, orthopedisch centrum en Vrouw Moeder Kind centrum).

Uitgangspunten en overwegingen

- MMC is voor haar productie voor een groot deel afhankelijk van de regionale huisartsen, die in de regio Zuid-Oost Brabant een ruime keuze hebben uit 2^e lijns zorg.
- De zorggroepen in de regio stellen zich op het standpunt dat MMC niet voldoende duidelijk is over haar visie op de veranderde situatie in de zorg en willen op korte termijn duidelijkheid. POZOB en DOH geven aan andere partners te gaan zoeken als MMC zich niet uitspreekt.
- Het is niet aannemelijk dat de ingezette ontwikkelingen in de zorg door een volgend kabinet worden teruggedraaid.
- De behoefte aan chronische zorg zal snel toenemen. In eerste instantie betekent dit toename van de zorg in de 1^e lijn.
- Naar alle waarschijnlijkheid zal de vraag naar specialistische hulp ook toenemen, maar initieel is een verlies in het marktaandeel niet uit te sluiten.
- Een verstoorde verhouding met de huisartsen in de regio zal met zekerheid leiden tot een veel groter verlies van productie ten opzichte van de omliggende ziekenhuizen.

Conclusie

Vanuit de oude echelonedachte zullen de 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg elkaar meer en meer nodig hebben om de zorg aan de vergrijzende patiëntenpopulatie met zijn complexer wordende zorgvraag efficiënt en doelmatig te kunnen bedienen. Het gezamenlijk medische zorg leveren aan de patiënt, vanuit de principes dat de zorgbehoefte van de patiënt centraal staat en dat de zorg wordt geleverd daar waar het medisch en financieel het meest efficiënt en doelmatig is, vraagt een intensieve afstemming tussen 1^e en 2^e lijn.

Een afstemming met respect voor elkaars professionele vakbekwaamheid en niet gebonden aan dogmatische/financiële scheidslijnen. Over de bestaande echelons heen kijken en op zoek gaan naar nieuwe gezamenlijke zorgconcepten en organisatievormen waarbij elkaars kennis, kunde en vaardigheden op gelijkwaardige manier worden ingezet, lijkt het passende antwoord.

Visie MMC op Integrale zorg

MMC levert 7*24 uur medisch specialistische zorg door alle specialismen en voor alle typen zorg (acute - , electieve - en chronische zorg), waarbij de zorgvraag van de patiënt en in diens verlengde de verwijzer centraal staat. MMC biedt kwalitatief hoogstaande medisch specialistische basiszorg in een integraal en transparant zorgtraject samenwerkend met externe (para)medische professionals/ - organisaties.

Uitgangspunt is dat de medische zorg efficiënt en doelmatig (medisch inhoudelijk, organisatorisch, financieel en in een opleidingsklimaat) wordt verleend vanuit een maatschappelijk verantwoorde onderneming.

MMC is daarbij samenwerkingspartner in de keten van zorg, welke echelon overstijgend is/ kan zijn en waarbij de regiefunctie van de keten niet per definitie is voorbehouden aan MMC. MMC verzorgt (op indicatie) medisch specialistische zorg in multidisciplinaire poliklinieken, welke tot doel heeft de verwijzing voor patiënt (logistiek) zo efficiënt mogelijk in te richten (= combinatieafpraak). Daarnaast is MMC een topreferent ziekenhuis met een bovenregionale verwijzfunctie (o.a. Vrouw Moeder Kind centrum), waarbij ze een leidende rol heeft in fundamentele zorginnovaties. Tevens verzorgt MMC 1e lijns diagnostiek en voorziet deze 1e lijnsdiagnostiek desgewenst van een behandeladvies.

Deze vier verschillende zorgvormen (onderdeel van de keten, 1e lijns diagnostiek, in een multidisciplinaire polikliniek en als bovenregionaal topreferent verwijzcentrum) vragen een specifieke en andere communicatie m.b.t. patiëntenvoorlichting, patiëntoverdracht en vragen een specifieke soms verschillende externe profilering van MMC.

De bijgestelde visie van Máxima Medisch Centrum laat zich als volgt samenvatten:

1. MMC onderkent in zijn algemeenheid dat zorg vraaggestuurd moet zijn, niet aanbodgestuurd.
2. MMC stelt zich op het standpunt dat de inhoudelijke kwaliteit van de zorg leidend moet zijn in de keuze wáár en door wie de zorg wordt gegeven. Kostenoverwegingen zijn legitiem, maar prijs mag nooit ten koste gaan van kwaliteit.
3. MMC verwacht van de huisartsen dat ook zij zich primair laten leiden door de kwaliteit van de zorg en dat zij niet op verkeerde gronden consultatie door de 2^e lijn achterwege laten.
4. MMC onderschrijft dat goede (chronische) zorg is georganiseerd in ketens en dat daarbij alleen op inhoudelijke gronden besloten kan worden wie de regie van de keten heeft.
5. MMC verwacht van andere partners in de keten dat zij zich optimaal inzetten voor goede kwaliteit van zorg en dus aandacht besteden aan scholing, feedback en een goede organisatie van de zorggroep.

MMC vindt samenvattend dat de zorg voor chronisch zieken maatschappelijk verantwoord moet zijn met een centrale rol voor de belangen van de patiënt, waarbij de rolverdeling tussen de verschillende zorgverleners wordt ingegeven door hun toegevoegde waarde en niet door financiële belangen. Voor iedere patiënt moet individueel het beste behandelplan worden geformuleerd.

6. MMC ziet het als haar taak de 1^e lijn te ondersteunen bij het verlenen van kwalitatief goede chronische zorg, door onderwijs, consultatie op afroep en reguliere verwijzing. MMC wil op die manier graag bijdragen aan de goede kwaliteit van ketenzorg, ook extramuraal.
7. MMC profileert zich tevens als diagnostisch centrum voor de 1^e lijn, waarbij de meerwaarde is gelegen in deskundige interpretatie en, desgevraagd, advies.
8. MMC richt zich primair op de complexe zorg en laat de basiszorg aan andere aanbieders. Daaruit vloeit voort dat MMC in haar poliklinische activiteiten niet met de huisartsen zal concurreren op basiszorg. Het opzetten van klachtenpoli's past niet in die visie.
9. MMC erkent de rol van de huisarts als poortwachter van de zorg en zal daarom slechts bij hoge uitzondering intern doorverwijzen zonder overleg (spoed, huisarts onbereikbaar).
10. MMC zal zich inspannen om de elektronische dossiervorming zo in te richten dat communicatie met de 1^e lijn optimaal wordt ondersteund.
11. MMC profileert zich nadrukkelijk als het ziekenhuis dat samen met de 1^e lijn wil zoeken naar nieuwe wegen in het verlenen van optimale zorg en wenst daarmee deel uit te maken van de koploperpositie van de regio in het ontwikkelen van nieuwe zorgmodellen.

Implicaties van de visie op Integrale Zorg

Overlegstructuur Integrale zorg MMC

Om de gezamenlijke visie op Integrale Zorg op constructieve wijze te implementeren, coördineren en faciliteren is een goede overlegstructuur onontbeerlijk. In deze paragraaf komt aan de orde hoe dergelijk overlegstructuur in te richten, wat daarin besproken gaat worden, waar het overleg zal plaatsvinden en wie er in zullen gaan participeren. Tot slot zal gespecificeerd worden op welke wijze communicatie en informatie onderling zal worden gestroomlijnd.

Structuur

Integrale zorgverlening vraagt intensieve afstemming tussen partijen die beoogde zorg leveren. Zowel voor verwijzers als voor MMC is het van belang om centrale regie te voeren op de gezamenlijke afstemming. Een werkwijze waarin afgevaardigden namens verwijzers en MMC formeel samen overleggen over inhoud, vorm, proces en prijs van zorg evenals (patiënten)informatievoorziening over zorg lijkt wenselijk. In een gezamenlijk geborgde overlegstructuur kunnen op constructieve wijze afspraken worden gemaakt en actiestappen worden gedefinieerd.

Doel van de overlegstructuur TransMáx

In de overlegstructuur TransMáx zal een gemeenschappelijke visie op integrale zorg worden ontwikkeld, bestuurlijk en organisatorisch worden afgestemd, een meerjaren beleidsplan worden ontwikkeld, informatie / ontwikkelingen worden gedeeld, zonodig projecten worden opgestart om beleidsafspraken verder uit te werken en te implementeren en RTA's worden geaccordeerd.

Specifiek voor MMC heeft de nieuwe overlegstructuur ten doel:

- het opstellen en uitvoeren van een (strategische) agenda voor overleg met samenwerkingspartners
- éénduidig kader scheppen voor interactie, samenwerking en communicatie tussen RVE's van MMC en samenwerkingspartners.

Voor de implementatie, coördinatie en facilitering van het uitgezette beleid alsmede de ambtelijk secretariële ondersteuning van de overlegstructuur TransMáx heeft MMC een stafafdeling ingericht.

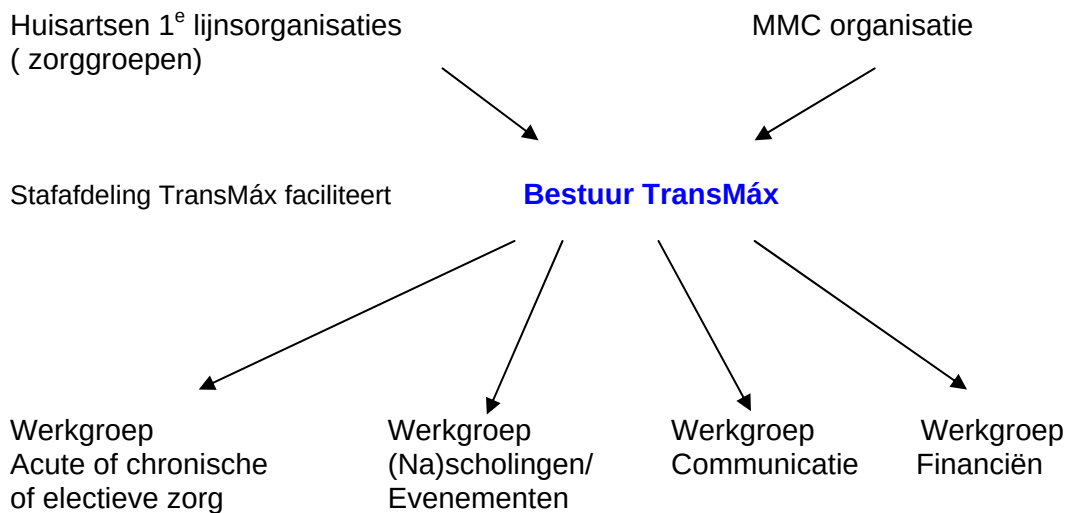
Voor specifieke thema's/projecten kunnen subgroepen/klankbordgroepen worden ingericht, die terugrapporteren aan het bestuur van TransMáx.

Deelnemers

Het is van belang dat beide afvaardigingen door hun achterbannen gemandateerd zijn en getalsmatig een evenwicht vormen met een (onafhankelijk) voorzitter. Van de kant van de verwijzers betekent dit dat zowel een organisatorische (= zorggroepen) als geografische representativiteit (Kempen, Eindhoven) geborgd moet zijn alsmede een zorginhoudelijke (acuut, chronisch, electief). Vanuit MMC moet dezelfde zorginhoudelijke representativiteit geboden worden (acuut, electief, chronisch) aangevuld met diagnostiek. Een evenredige verdeling tussen snijdende en beschouwende vertegenwoordigers moet worden nagestreefd. Om tot organisatorische borging te komen zou een vertegenwoordiger vanuit het bestuurscollege kunnen/moeten participeren.

Het overleg zal een frequentie kennen van ± 4 keer per jaar. De agenda wordt voorbereid en in gezamenlijkheid opgesteld door de agendacommissie (= dagelijks bestuur van TransMáx). Het overleg wordt voorgezeten door een huisarts altenerend met het medisch lid van de raad van bestuur van MMC en secretarieel begeleid en ondersteund door TransMáx. De locatie van het overleg is alternerend binnen en buiten MMC.

Figuur 1 **Schematische weergave van beoogde overlegstructuur TransMáx**



Vooroverleg in programmacommissie

Het bestuurlijk overleg TransMáx voorbereid in het dagelijks bestuur.

Zowel vanuit de beoogde werkgroepen als vanuit de 1e lijn, vertegenwoordigers vanuit MMC RVE's en niet zorg RVE's kunnen agendapunten worden aangeleverd (bijv. transmurale zorg, kwaliteit, patiëntenlogistiek, EPD, communicatie- klantrelaties). De V&V sector wordt op indicatie van de agenda uitgenodigd voor TransMáx.

Deze agendapunten worden ingebracht in het dagelijks bestuur, waar bepaald wordt ze al dan niet te agenderen voor TransMáx. Het dagelijks bestuur bestaat uit het lid raad van bestuur/medisch (vz), een vertegenwoordiger 1e lijn en een medisch specialist, en wordt ondersteund door de ambtelijk secretaris.

Wat komt dan te vervallen:

- SMáSH bestuur in de huidige vorm
- CCG vergadering
- Huisartsenpanel
- Bilateraal overleg SHOKO bestuur met RvB
- Bilateraal overleg van POZOB met individuele medisch specialisten
- Bilateraal overleg met individuele zorggroepen/huisartsengroepen

Stafafdeling binnen MMC

Voor de implementatie, coördinatie en facilitering van het uitgezette beleid alsmede de ambtelijk secretariële ondersteuning van de overlegstructuur TransMáx richt MMC een nader te benoemen stafafdeling in.

Informatie, communicatie

De stafafdeling is voor verwijzers het vaste aanspreekpunt voor alle operationele zaken. Het vooroverleg heeft de regie op alle communicatie richting huisartsen (newsflash digitaal en hardcopy, medisch journaal) alsmede alle evenementen vanuit MMC richting verwijzers (bij/nascholingen, symposia etc.) en bezoeken aan verwijzers. Hiertoe houden de afdelingen TransMáx en Marketing Communicatie en Klantbeheer (MCK) samen een communicatie- en evenementenplanningen bij.