

Analyse van belemmeringen bij het verduurzamen van preventie



Marc Soeters
Gerrold Verhoeks



Analyse van belemmeringen bij het verduurzamen van preventie

Inhoud

Concluderende bevindingen over de mogelijkheden en belemmeringen voor het verduurzamen van preventie	4
Bijlage 1 Aanleiding en aanpak onderzoek	9
1.1 Aanleiding onderzoek	9
1.2 Aanpak onderzoek	10
1.3 Overzicht geïnterviewde personen	12
Bijlage 2 Top 10 obstakels voor verduurzaming preventieprojecten	13
2.1 Inhoud van de Top 10 van obstakels voor verduurzamen van preventieactiviteiten	13
2.2 De vormgeving van het stelsel en de obstakels uit de Top 10	15
Bijlage 3 Casus 1 – Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas	16
3.1 Beschrijving casus vanuit de optiek van de burger	16
3.2 Beschrijving Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas vanuit stelseloptiek	18
3.3 Belemmeringen voor structurele invoering	22
Bijlage 4 Casus 2 – SamenOud	24
4.1 Beschrijving casus vanuit de optiek van de burger	24
4.2 Beschrijving SamenOud vanuit stelseloptiek	28
4.3 Belemmeringen voor structurele invoering	32

Concluderende bevindingen over de mogelijkheden en belemmeringen voor het verduurzamen van preventie

Inleiding

Preventie is een breed begrip en er zijn veel verschillende manieren om soorten preventie in te delen. De verschillende vormen van preventie zijn in de praktijk echter niet altijd zo scherp van elkaar te onderscheiden. In dit rapport wordt specifiek gekeken naar preventie gericht op risicogroepen. Het gaat dus bijvoorbeeld niet om vormen van collectieve preventie als vaccinaties. Preventie gericht op risicogroepen kan bijvoorbeeld gericht zijn op kwetsbare ouderen of op groepen met een groot risico op obesitas. Risicogroepen krijgen hun ondersteuning en zorg vaak vanuit meerdere domeinen en wetten.

Ons stelsel van preventie, ondersteuning en zorg (korte termijn zorgstelsel) bestaat uit verschillende wetten: Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet publieke gezondheid (Wpg) en Jeugdwet. Schotten zijn daarmee onontkoombaar. De verschillende wetten hebben elk hun eigen regels met betrekking tot de aanspraken, bekostiging, etc.. Ondanks het bestaan van schotten is er op het vlak van het opzetten en verduurzamen van preventie veel mogelijk. Dit is in de praktijk ook waarneembaar.

Met de huidige inrichting van het zorgstelsel kan preventie gericht op risicogroepen alleen van de grond komen als gemeenten en zorgverzekeraars daar samen in investeren. In het geval de preventieve activiteit zich uitstrekt tot de Wlz moeten ook de zorgkantoren betrokken worden. Preventie gericht op risicogroepen vraagt dus om samenwerking. Daarbij stuiten betrokken partijen op verschillende belemmeringen en obstakels.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil beter inzicht krijgen in de ernst en de aard van de obstakels voor het verduurzamen van preventie gericht op risicogroepen. Het ministerie van VWS heeft daartoe aan ZorgmarktAdvies gevraagd een 'obstakelanalyse' uit te voeren. Tabel 1 maakt de verschillende onderdelen van het onderzoek inzichtelijk. Zie bijlage 1 voor een uitgebreide toelichting op de aanleiding en aanpak van het onderzoek. Hierna presenteert ZorgmarktAdvies haar concluderende bevindingen over de mogelijkheden en belemmeringen voor het verduurzamen van preventie.

Tabel 1 – Onderdelen obstakelanalyse

1	Een top 10 van de belangrijkste obstakels bij het verduurzamen van preventieactiviteiten die zijn genoemd door deelnemers van vier regionale bijeenkomsten die door het ministerie van VWS zijn georganiseerd (zie ook bijlage 2)
2	Een uitgebreide en diepgaande analyse van de volgende preventieprojecten: <ul style="list-style-type: none">- Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas (zie ook bijlage 3)- SamenOud (zie ook bijlage 4)
3	Een interview met betrokkenen bij de volgende preventieprojecten: <ul style="list-style-type: none">- Lijfstyle: op weg naar positieve gezondheid¹- Beweeg Mee!²

¹ Voor meer informatie: www.movactor.nl/nieuws/lijfstyle-nieuwegein-samenwerking-zorg-en-welzijn

² Voor meer informatie: www.denhaag.nl/home/bedrijven-en-instellingen/sport/to/Beweeg-mee-informatie-voor-huisartsen.htm of www.nisb.nl/doen-goede-voorbeelden/netwerkwijzer/financiering/beweeg-mee_den-haag.pdf

Het stelsel en de schotten

1. Gemeenten en aanbieders hebben vaak onvoldoende oog voor het feit dat zorgverzekeraars zich primair richten op hetgeen waartoe ze verplicht zijn.

Er bestaan fundamentele verschillen tussen de verzekeringen Zvw en Wlz enerzijds en de Wmo, Wpg en Jeugdwet anderzijds. In een verzekering richten de uitvoerders zich op hetgeen waartoe ze volgens de wet (en de polis) verplicht zijn. Hun focus ligt op het voldoen aan de geformuleerde aanspraken. De Wmo, Wpg en Jeugdwet daarentegen kennen geen scherp afgebakende verplichtingen maar na te streven maatschappelijke doelen. De focus van de gemeenten als uitvoerders van de Wmo, Wpg en Jeugdwet ligt op het binnen de beschikbare budgettaire ruimte benutten van de mogelijkheden om maatschappelijke doelen te realiseren. Zij richten zich dus op hetgeen conform de wet mogelijk is.

Gemeenten en aanbieders hebben vaak onvoldoende oog voor het feit dat zorgverzekeraars zich primair richten op hetgeen waartoe ze verplicht zijn. Indien een vorm van preventie geen aanspraak is, zullen zorgverzekeraars en zorgkantoren terughoudend zijn om hieraan geld uit te geven. In het geval van zorgkantoren is dit zelfs niet eens toegestaan. Van zorgverzekeraars mag daarom niet op voorhand worden verwacht dat zij bereid zijn te investeren in allerlei vormen van selectieve preventie. In de praktijk leven er echter vaak wel allerlei verwachtingen op dit vlak.

2. Zorgverzekeraars hebben wel de vrijheid om te investeren in preventie buiten de aanspraken om, maar doen dit voor eigen rekening en risico en maken dus een kosten-batenafweging.

Zorgverzekeraars hebben niet de verplichting, maar wel de vrijheid om te investeren in preventieprojecten die niet vallen onder de aanspraken. Zij doen dit in dat geval voor eigen rekening en risico. Verzekeraars zullen een kosten-baten afweging maken. In sommige gevallen zullen zij vrijwillig investeren in vormen van selectieve preventie, omdat zij inschatten dat er sprake is van een positieve verhouding van kosten en baten.

3. Bij de beslissing om wel of niet te investeren in preventie richten betrokken partijen zich veelal niet op de maatschappelijke kosten en baten maar de kosten en baten binnen hun eigen stelsel.

Bij het maken van een afweging om al dan niet te investeren in een preventieproject kijken de zorgverzekeraars en de gemeenten in eerste instantie naar de kosten en baten die gerealiseerd worden binnen hun eigen stelsel. Zo zal bijvoorbeeld een interventie die voor een belangrijk deel kosten bespaart in de Wlz economisch gezien niet interessant zijn voor gemeenten en zorgverzekeraars. De kans is groot dat een dergelijke interventie dus niet van de grond komt, ook al is investeren in deze interventie vanuit maatschappelijk oogpunt bezien wenselijk.

4. Zorgkantoren mogen niet investeren in preventie. Dat maakt het eerlijk verdelen van de kosten en baten tussen betrokken partijen bij een positieve maatschappelijke business case lastig.

In het geval de betrokken partijen door een uitruil wel in staat zijn om samen een integrale investeringsafweging te maken, dan kan het komen tot een eerlijke verdeling van kosten en baten tussen gemeenten en zorgverzekeraars lastig zijn. In het geval er ook kosten en/of baten neerslaan in de Wlz is het eerlijk verdelen van de kosten en baten vrijwel onmogelijk, doordat de zorgkantoren wettelijk vrijwel geen ruimte hebben om te investeren in preventie. Door de beperking van de doelgroep van de Wlz tot zware, voornamelijk intramurale zorg is het belang van het zorgkantoor als samenwerkingspartner overigens wel kleiner geworden.

5. De dominante, landelijke schaal van opereren in de Zvw sluit niet aan bij de lokale schaal van opereren die past bij preventie.

De grootste vier zorgverzekeraars hebben een landelijke focus en aanpak. Het investeren in en verduurzamen van preventieve activiteiten vindt hoofdzakelijk plaats op lokaal of regionaal niveau. Het structureel samenwerken met gemeenten is niet alleen betrekkelijk nieuw voor de vier grootste zorgverzekeraars, maar vraagt ook structureel om extra inspanningen van de zorgverzekeraars. Het is de vraag in hoeverre zorgverzekeraars daadwerkelijk intensief en structureel op lokaal niveau gaan samenwerken met gemeenten. Er geldt overigens in de Wmo een verplichting voor colleges om met zorgverzekeraars samen te werken.

6. Het verkrijgen van structurele financiering voor preventieprojecten is moeilijk vanwege de kritische rol van gemeenten en zorgverzekeraars als risicodragende financiers.

Vaak wordt gesteld dat het na afloop van projectsubsidies erg moeilijk is om reguliere financiering te regelen. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars zijn (vrijwel) volledig risicodragend. Dat maakt dat zij kritisch zullen afwegen of het structureel implementeren van nieuwe preventieve interventies voldoende meerwaarde biedt. De prikkels in het stelsel zorgen ervoor dat na het aflopen van innovatieprojecten lang niet alle nieuwe initiatieven breed worden geïmplementeerd, maar dat is feitelijk ook precies de rol die zorgverzekeraars en gemeenten hebben. Indien financiers als gemeenten en zorgverzekeraars daadwerkelijk overtuigd zijn van de meerwaarde dan is financiering tegelijkertijd bijna altijd wel mogelijk. De NZa kan immers voor allerlei vormen van zorg prestatiebeschrijvingen opstellen, ook indien het geen verzekerde zorg betreft. Gemeenten staat het sowieso vrij om preventieve interventies structureel te financieren.

7. De economische prikkels voor zorgverleners zijn veelal gericht op het belonen van curatie in plaats van preventie. Tegelijkertijd lijkt voor preventieve interventies in vergelijking met curatieve interventies een hogere bewijslast te gelden aangaande de (kosten)effectiviteit.

In het stelsel worden zorgverleners beloofd voor het behandelen van ziekte in plaats van het gezond houden van een populatie. Ook zorgverzekeraars richten zich primair op hun zorgplicht. Hiermee dragen de prikkels in het stelsel eraan bij dat er teveel nadruk blijft liggen op curatie in plaats van preventie. Tegelijkertijd lijkt het erop dat ten aanzien van de (kosten)effectiviteit aan preventieve interventies hogere eisen worden gesteld dan aan curatieve interventies.

In de praktijk

8. Zorgverzekeraars lopen bij gebiedsgerichte preventie risico kosten te betalen voor verzekerden van andere zorgverzekeraars. Hoe minder er sprake is van een dominante marktpositie van één zorgverzekeraar in een gemeente hoe lastiger het wordt om preventie te verduurzamen.

Een zorgverzekeraar zal bij het verduurzamen van een gebiedsgerichte preventieve activiteit het risico lopen dat verzekerden van andere zorgverzekeraars ook deelnemen aan de betreffende preventieve activiteit, terwijl de kosten daarvan voor zijn rekening komen. Hoe kleiner de marktpositie van de grootste zorgverzekeraar in een gemeente hoe meer verzekerden van andere zorgverzekeraars een beroep doen op de gebiedsgerichte preventieve activiteiten waarin hij investeert. In een gemeente waarin de verzekerdenmarkt verdeeld is over meerdere zorgverzekeraars met allemaal een beperkt marktaandeel, zoals in de gemeente Den Haag, is het verduurzamen van preventie extra complex. In zo'n gemeente is het voor de verduurzaming van preventie noodzakelijk dat de verschillende zorgverzekeraars gezamenlijk bereid zijn om hieraan financieel bij te dragen.

9. Er is geen scherpe afbakening mogelijk tussen selectieve preventie (gemeente) en geïndiceerde preventie (zorgverzekeraar). Ook de financiering van regie/coördinatie/casemanagement leidt veelvuldig tot discussies.

In het geval een gemeente en een zorgverzekeraar bereid zijn om samen te werken bij het verduurzamen van preventie, dan zijn er twee onderwerpen die vooral discussie opleveren:

- Bij het verduurzamen van een preventieve activiteit moeten de gemeente en de zorgverzekeraar samen afspraken maken over de afbakening van verantwoordelijkheden. Het is daarbij lastig dat de overgang van selectieve preventie (gemeente) naar geïndiceerde preventie (zorgverzekeraar) niet scherp valt af te bakenen. Vooral op het scheidsvlak tussen selectieve en geïndiceerde preventie vindt dan ook veel discussie plaats over de verdeling van verantwoordelijkheden en de vergoeding en verantwoording van kosten.
- Een tweede onderwerp dat vaak tot discussie leidt, is de financiering van de kosten van regie, coördinatie en casemanagement.

10. Het complex van wet- en regelgeving, meerdere betrokken partijen en het onzekere proces zorgen ervoor dat het verduurzamen van een preventieve activiteit erg ingewikkeld is geworden en een lange doorlooptijd kent. Zonder een grote dosis doorzettingsvermogen is de slagingskans klein.

Er is ten eerste sprake van een ingewikkeld complex van wet- en regelgeving met allerlei schotten tussen de

verschillende wetten. Het is inmiddels zo ingewikkeld geworden dat zelfs experts met grote moeite hun weg vinden in het geheel van de geldende wet- en regelgeving. Daarnaast zijn bij het verduurzamen van preventie naast de gemeente en de zorgverzekeraar vaak verschillende andere partijen betrokken. Vooral het Zorginstituut Nederland (aangeven in hoeverre activiteiten onder de Zvw-aanspraken vallen) en de NZa (creëren van een bekostigingstitel) spelen een belangrijke rol. Na discussie tussen de gemeente en de zorgverzekeraar onderling en tussen deze twee partijen en het Zorginstituut Nederland en/of de NZa wordt er doorgaans wel een oplossing gevonden. Er is hier echter wel veel (doorloop)tijd en energie mee gemoeid³. Als laatste is het proces op zichzelf ingewikkeld. Gedurende een relatief lange periode is er onzekerheid over het voortbestaan van een preventieve interventie. In die periode moeten vaak meerdere hindernissen genomen worden, waarbij het lang duurt voordat er sprake is van definitief uitsluitel. Kortom: zonder een grote dosis doorzettingsvermogen is de slagingskans bij het verduurzamen van een preventieve activiteit klein.

Beoordeling

Blokkades, complicerende factoren en noodzakelijke toetsing bij verduurzaming preventie	
Blokkade voor verduurzamen preventie	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgkantoren mogen niet investeren in preventie. Dat maakt het eerlijk verdelen van de kosten en baten tussen betrokken partijen bij een positieve maatschappelijke business case lastig (punt 4).
Complicerende factor bij verduurzamen preventie	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeenten en aanbieders hebben vaak onvoldoende oog voor het feit dat zorgverzekeraars zich primair richten op hetgeen waartoe ze verplicht zijn (punt 1). • Bij de beslissing om wel of niet te investeren in preventie richten betrokken partijen zich veelal niet op de maatschappelijke kosten en baten maar de kosten en baten binnen hun eigen stelsel (punt 3). • De dominante, landelijke schaal van opereren in de Zvw sluit niet aan bij de lokale schaal van opereren die past bij preventie (punt 5). • De economische prikkels voor zorgverleners zijn veelal gericht op het belonen van curatie in plaats van preventie. Tegelijkertijd lijkt voor preventieve interventies in vergelijking met curatieve interventies een hogere bewijslast te gelden aangaande de (kosten)effectiviteit (punt 7). • Zorgverzekeraars lopen bij gebiedsgerichte preventie risico kosten te betalen voor verzekerden van andere zorgverzekeraars. Hoe minder er sprake is van een dominante marktpositie van één zorgverzekeraar in een gemeente hoe lastiger het wordt om preventie te verduurzamen (punt 8). • Er is geen scherpe afbakening mogelijk tussen selectieve preventie (gemeente) en geïndiceerde preventie (zorgverzekeraar). Ook de financiering van regie/coördinatie/casemanagement leidt veelvuldig tot discussies (punt 9). • Het complex van wet- en regelgeving, de meerdere betrokken partijen en het onzekere proces zorgen ervoor dat het verduurzamen van een preventieve activiteit erg ingewikkeld is geworden en een lange doorlooptijd kent. Zonder een grote dosis doorzettingsvermogen is de slagingskans klein (punt 10).
Noodzakelijke toetsing financiers bij verduurzamen preventie	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraars hebben wel de vrijheid om te investeren in preventie buiten de aanspraken om, maar doen dit voor eigen rekening en risico en maken dus een kosten-batenafweging (punt 2). • Het verkrijgen van structurele financiering voor preventieprojecten is moeilijk vanwege de kritische rol van gemeenten en zorgverzekeraars als risicodragende financiers (punt 6).

³ Specifiek voor de bekostiging geldt dat de doorlooptijden van de beleidsregel innovatie niet zo lang zijn. De NZa kan een aanvraag binnen 4 weken toekennen. De doorlooptijd naar reguliere bekostiging is echter vaak wel lang. De beleidsregel innovatie biedt 3 tot 5 jaar (met verlenging) de tijd om het traject naar reguliere bekostiging op te pakken.

Leeswijzer bij bijlagen

Inhoud	
Bijlage 1 Aanleiding en aanpak onderzoek	In deze bijlage worden de aanleiding en de aanpak van het onderzoek beschreven. Ook bevat deze bijlage een overzicht van de geïnterviewde organisaties en personen.
Bijlage 2 Top 10 obstakels voor verduurzaming preventieprojecten	Tijdens vier door het ministerie van VWS georganiseerde regionale bijeenkomsten hebben mensen uit de praktijk allerlei obstakels voor de verduurzaming van preventie benoemd. ZorgmarktAdvies heeft een selectie (top 10) gemaakt van de meest genoemde problemen. Bijlage 2 bevat deze Top 10 van obstakels voor het verduurzamen van preventie. Ook is voor elk obstakel uit de top 10 aangegeven of het betreffende obstakel onderdeel uitmaakt van het stelsel zelf.
Bijlage 3 Casus 1 - Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas	Deze bijlage bevat een beschrijving en analyse van de eerste casus: Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas. De bijlage bevat een beschrijving van de casus vanuit de optiek van de burger, een beschrijving van de casus vanuit de optiek van het stelsel en een analyse van de belemmeringen voor structurele invoering.
Bijlage 4 Casus 2 - SamenOud	Deze bijlage bevat een beschrijving en analyse van de tweede casus: SamenOud. De bijlage bevat een beschrijving van de casus vanuit de optiek van de burger, een beschrijving van de casus vanuit de optiek van het stelsel en een analyse van de belemmeringen voor structurele invoering.

Aanleiding en aanpak onderzoek

1.1 Aanleiding onderzoek

Preventie

Het doel van preventie is ervoor zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Preventie speelt een rol in alle gezondheidswetten:

- Wet publieke gezondheid (Wpg)
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Wet langdurige zorg (Wlz)
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)
- Jeugdwet

Preventie is een breed begrip en er zijn veel verschillende manieren om soorten preventie in te delen. De verschillende vormen van preventie zijn in de praktijk echter niet altijd zo scherp van elkaar te onderscheiden. Het is bovendien de vraag of strakke definities, indelingen en schotten nog wel passen bij vernieuwende vormen van preventie die verschillende partijen in de praktijk ontwikkelen. Gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en andere partijen geven aan in de praktijk daadwerkelijk op verschillende belemmeringen en barrières te stuiten bij het samen investeren in preventie.

Verdiepingsslag

In vier door het ministerie van VWS georganiseerde regionale bijeenkomsten is aan mensen uit de praktijk gevraagd aan te geven met welke obstakels zij geconfronteerd worden bij het verduurzamen van preventieactiviteiten voor risicogroepen waar gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken.

Het ministerie van VWS heeft aangegeven behoefte te hebben aan een verdiepingsslag op de resultaten van de vier bijeenkomsten. Met name wil het ministerie van VWS meer inzicht krijgen in de ernst en de aard van de geïdentificeerde obstakels. Het ministerie van VWS heeft daartoe aan ZorgmarktAdvies gevraagd een 'obstakelanalyse' uit te voeren.

Het doel van het onderzoek is scherp te krijgen welke factoren in de organisatie van het zorgstelsel structurele implementatie van preventieprojecten belemmeren. De focus ligt hierbij op een analyse van de effecten van schotten en verschillende bekostigingssystemen op het duurzaam realiseren van preventieactiviteiten. Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen:

1. Het destilleren van een Top 10 van belangrijkste belemmeringen uit al de belemmeringen en obstakels die zijn benoemd tijdens de vier regiobijeenkomsten
2. Het uitvoeren van een verdiepende analyse van enkele bestaande preventieprojecten

1.2 Aanpak onderzoek

Destilleren Top 10 van belangrijkste belemmeringen uit de regiobijeenkomsten

ZorgmarktAdvies heeft op basis van de aangedragen belemmeringen op de vier regionale bijeenkomsten een top 10 samengesteld van de belangrijkste genoemde obstakels bij het verduurzamen van preventieactiviteiten. Na het benoemen van de Top 10 heeft ZorgmarktAdvies geanalyseerd welke obstakels betrekking hebben op de inrichting van het zorgstelsel. Als laatste heeft ZorgmarktAdvies beoordeeld of de obstakels uit de Top 10 echt problematisch zijn en of deze obstakels al dan niet binnen het stelsel zijn op te lossen.

Uitvoeren verdiepende analyse van enkele preventieprojecten: maken shortlist

ZorgmarktAdvies heeft een quick scan gedaan van de 16 preventieprojecten die zijn gepresenteerd op de vier regionale bijeenkomsten en enkele andere projecten. ZorgmarktAdvies heeft vervolgens van deze projecten een shortlist gemaakt van 6 preventieprojecten die mogelijk belemmeringen (hebben) ervaren die voortkomen uit de inrichting van het zorgstelsel. Voor elk van de zes projecten heeft ZorgmarktAdvies vervolgens het volgende beknopt in kaart gebracht:

1. De aard van de obstakels zoals benoemd in het kader van de regionale bijeenkomsten
2. De onderdelen van het zorgstelsel waarop het preventieproject betrekking heeft
3. Een indicatie van de hoeveelheid openbaar beschikbare informatie

Uitvoeren verdiepende analyse van enkele preventieprojecten: selecteren vier preventieprojecten

Op basis van de verzamelde informatie heeft de opdrachtgever samen met ZorgmarktAdvies uit de shortlist van 6 preventieprojecten uiteindelijk de volgende vier preventieprojecten geselecteerd:

- Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas
- SamenOud
- Lijfstyle: op weg naar positieve gezondheid
- Beweeg Mee!

Er waren verschillend argumenten om voor deze vier preventieprojecten te kiezen:

- Bij deze vier preventieprojecten leek op voorhand een diversiteit aan obstakels te spelen
- Er is goede informatie over deze preventieprojecten beschikbaar
- Deze preventieprojecten hebben betrekking op meerdere wetten binnen het zorgstelsel, zodat er bij elk van deze vier projecten problemen rond schotten zullen optreden

Uitvoeren verdiepende analyse van enkele preventieprojecten: houden diepte-interviews

ZorgmarktAdvies heeft er in overleg met de opdrachtgever voor gekozen om de preventieprojecten 'Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas' en 'SamenOud' diepgaand uit te werken. Bij deze projecten zijn meerdere diepte-interviews afgenomen. ZorgmarktAdvies heeft in de interviews de stakeholders vooral bevraagd over de belemmeringen die zij ervaren bij het structureel implementeren van de preventieprojecten. De preventieprojecten 'Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas' en 'SamenOud' zijn in de bijlagen 3 en 4 uitgebreid beschreven.

Bij de preventieprojecten 'Lijfstyle: op weg naar positieve gezondheid'⁴ en 'Beweeg Mee!'⁵ is één diepte-interview afgenomen. Deze twee preventieprojecten zijn in dit rapport niet gedetailleerd beschreven. Wel zijn de ervaringen met deze twee preventieprojecten (op grond van de twee diepte-interviews) meegenomen in de concluderende bevindingen.

Tabel 1.1 geeft een beknopt overzicht van de geïnterviewde stakeholders. Paragraaf 1.3 geeft een volledig overzicht van de geïnterviewde personen.

Tabel 1.1 – Overzicht geïnterviewde stakeholders	
Preventieproject	Geïnterviewde stakeholders
Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis (groepsinterview) • Zorginstituut Nederland • Ministerie van VWS
SamenOud	<ul style="list-style-type: none"> • UMCG • Gemeente Veendam • Menzis • Zilveren Kruis
Lijfstyle: op weg naar positieve gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidscentrum de Roerdomp
Beweeg Mee!	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente Den Haag en GGD Haaglanden (groepsinterview)

Uitvoeren verdiepende analyse van enkele preventieprojecten: beoordeling

Als laatste heeft ZorgmarktAdvies beoordeeld of de obstakels bij de twee diepgaand geanalyseerde preventieprojecten (i.c. 'Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas' en 'SamenOud') echt problematisch zijn en of deze obstakels al dan niet binnen het stelsel zijn op te lossen. Deze beoordeling heeft ZorgmarktAdvies betrokken bij de concluderende bevindingen.

⁴ Voor meer informatie: www.movactor.nl/nieuws/lijfstyle-nieuwegein-samenwerking-zorg-en-welzijn

⁵ Voor meer informatie: www.denhaag.nl/home/bedrijven-en-instellingen/sport/to/Beweeg-mee-informatie-voor-huisartsen.htm of www.nisb.nl/doen-goede-voorbeelden/netwerkwijzer/financiering/beweeg-mee_den-haag.pdf

1.3 Overzicht geïnterviewde personen

De volgende personen zijn door ZorgmarktAdvies in het kader van het onderzoek geïnterviewd:

Mevr. A. Gomez	Strategisch adviseur zorginkoop gemeenten, Zilveren Kruis
Mevr. A. de Graaf	Programmamanager, GGD Haaglanden
Mevr. K. den Hertog	Programmamanager, gemeente Amsterdam
Mevr. A. Jansen	Zorginkoper, Zilveren Kruis
Mevr. H. Klerken	Beleidsadviseur, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Mevr. J. Latta	Adviseur, Zorginstituut Nederland
Dhr. J. Lok	Beleidsadviseur, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Dhr. C. Mastenbroek	Beleidsadviseur, Zorginstituut Nederland
Mevr. F. van der Meer	Adviseur, Zorginstituut Nederland
Dhr. J. Meijs	Directeur, gezondheidscentrum de Roerdomp
Dhr. T. Schoen	Beleidscoördinator zorginkoop, Menzis
Mevr. E. ter Steeg	Zorgprogramma manager, Menzis
Mevr. A. Toeter	Beleidsmedewerker, gemeente Den Haag
Dhr. R. Uittenbroek	Projectleider Programma geïntegreerde ouderenzorg, UMCG
Mevr. M. van der Velde	Projectmanager interventieontwikkeling, gemeente Amsterdam
Dhr. J. Velema	Wethouder, gemeente Veendam
Mevr. K. Wynia	Programmaleider Programma geïntegreerde ouderenzorg, UMCG
Mevr. N. van Zorge	Beleidsmedewerker, gemeente Den Haag

Top 10 obstakels voor verduurzaming preventieprojecten

2.1 Inhoud van de Top 10 van obstakels voor verduurzamen van preventieactiviteiten

In vier door het ministerie van VWS georganiseerde regionale bijeenkomsten hebben mensen uit de praktijk met elkaar nagedacht over het verduurzamen van preventieprojecten. Patiëntenorganisaties, zorgverleners, hulpverleners vanuit zorg en welzijn, medewerkers van gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en hebben tijdens deze bijeenkomsten aan de hand van concrete projecten benoemd wat de positieve punten zijn. Ook is gevraagd op welke obstakels zij stuiten bij het verduurzamen van preventieactiviteiten. Het resultaat is een overzicht met een veelheid van obstakels. De geïnterviewde obstakels vallen onder diverse noemers zoals samenwerking, cultuur, menskracht, financiën en wet- en regelgeving.

Op basis van de lijst met obstakels die mensen uit de praktijk hebben benoemd tijdens de regionale bijeenkomsten heeft ZorgmarktAdvies een selectie gemaakt van de meest genoemde problemen. Onderstaande Top 10 van obstakels voor het verduurzamen van preventie is hiervan het resultaat. De verwoording is zoveel mogelijk gebaseerd op de teksten van de deelnemers.

Top 10 Obstakels voor verduurzamen preventie	
1	Financiële schotten tussen stelsels en organisaties
2	Gebrek aan structurele financiering na aflopen projectgelden
3	In een ongezonde leefomgeving wonen en continu blootstaan aan ongezonde prikkels als friet, frisdrank, sigaretten, pizza en alcohol maakt het moeilijk om gezond te leven
4	Financiële belangen van organisaties staan samenwerking in de weg
5	Het ontbreken van een gemeenschappelijke taal
6	Resultaten van interventies zijn vaak onbekend of niet zichtbaar
7	Burgers worden onvoldoende betrokken
8	Er ligt nog te veel nadruk op curatie. Het belang van preventie moet groter worden
9	Het ontbreekt nog aan goed toegeruste professionals
10	Geen titel, status, erkenning, financiering voor de regiefunctie

2.2 De vormgeving van het stelsel en de obstakels uit de Top 10

In onderstaande tabel 2.1 wordt voor elk obstakel uit de top 10 aangegeven of het betreffende obstakel onderdeel uitmaakt van het stelsel zelf.

	Obstakel	Stelselprobleem?
1	Financiële schotten tussen stelsels en organisaties	Ja
2	Gebrek aan structurele financiering na aflopen projectgelden	Nee
3	In een ongezonde leefomgeving wonen en continu blootstaan aan ongezonde prikkels als friet, frisdrank, sigaretten, pizza en alcohol maakt het moeilijk om gezond te leven	Nee
4	Financiële belangen van organisaties staan samenwerking in de weg	Nee
5	Het ontbreken van een gemeenschappelijke taal	Nee
6	Resultaten van interventies zijn vaak onbekend of niet zichtbaar	Nee
7	Burgers worden onvoldoende betrokken	Nee
8	Er ligt nog te veel nadruk op curatie. Het belang van preventie moet groter worden	Ja
9	Het ontbreekt nog aan goed toegeruste professionals	Nee
10	Geen titel, status, erkenning, financiering voor de regiefunctie	Nee

Voor de obstakels uit de top 10 waarvoor wellicht niet direct evident is of het obstakel onderdeel uitmaakt van het stelsel zelf wordt hierna kort een motivatie gegeven.

- Toelichting bij obstakel 1: Financiële schotten tussen stelsels en organisaties

Financiële schotten maken onderdeel uit van de inrichting van ons zorgstelsel. De verschillende wetten hebben elk hun eigen regels met betrekking tot de aanspraken, bekostiging, etc.. De schotten zijn daarmee vaak een probleem voor projecten die over de schotten heen reiken. Desondanks is er toch ook veel mogelijk. Gemeenten hebben in de Wmo veel mogelijkheden om te investeren in preventie. Ook zorgverzekeraars hebben de nodige mogelijkheden om voor eigen rekening te investeren in preventie. Wel is met name de Wlz op dit vlak problematisch. Zorgkantoren hebben vrijwel geen ruimte om te investeren in preventie. Door de beperking van de doelgroep van de Wlz tot zware, voornamelijk intramurale zorg is het belang van het zorgkantoor als samenwerkingspartner wel kleiner geworden.

- Toelichting bij obstakel 2: Gebrek aan structurele financiering na aflopen projectgelden

Obstakel 2 maakt geen onderdeel uit van het stelsel zelf. Na afloop van de projectsubsidies is het vaak erg moeilijk om reguliere financiering te regelen. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars zijn (bijna) volledig risicodragend. Dat maakt dat zij kritisch zullen afwegen of het structureel implementeren van een nieuwe preventieve interventie voldoende toegevoegde waarde heeft. De prikkels in het stelsel zorgen ervoor dat na het aflopen van innovatieprojecten lang niet alle nieuwe initiatieven breed worden geïmplementeerd. Indien financiers als gemeenten en zorgverzekeraars daadwerkelijk overtuigd zijn van de meerwaarde dan is financiering tegelijkertijd bijna altijd wel mogelijk. De NZa kan immers voor allerlei vormen van zorg prestatiebeschrijvingen opstellen. Gemeenten staat het sowieso vrij om preventieve interventies structureel te financieren.

Het is overigens logisch dat van alle innovaties uiteindelijk maar een beperkt deel structureel succesvol wordt. Projectsubsidies zijn bedoeld om allerlei innovaties te ontwikkelen en een kans te geven. Veel projecten kunnen echter uiteindelijk onvoldoende hun meerwaarde aantonen. Risicodragende financiers als gemeenten en zorgverzekeraars zijn dan terecht kritisch. Overigens gebeurt er hetzelfde in een marktomgeving. Jaarlijks beginnen 127.000 mensen een eigen bedrijf. Slechts één op de tien wordt een succesvol bedrijf. 90% blijft klein of staakt na enkele jaren het bedrijf.

- **Toelichting bij obstakel 4: Financiële belangen van organisaties staan samenwerking in de weg**

Obstakel 4 maakt geen onderdeel uit van het stelsel zelf. Organisaties hebben altijd belang bij hun eigen voortbestaan en voelen zich verantwoordelijk voor de werkgelegenheid in de eigen organisatie. Geen enkele organisatie snijdt graag in eigen vlees. Dit geldt zowel voor meer ambtelijke organisaties als voor marktpartijen.

- **Toelichting bij obstakel 8: Er ligt nog teveel nadruk op curatie. Het belang van preventie moet groter worden**

Het Nederlandse stelsel is primair op gericht op het behandelen van aandoeningen en het verlenen van hulp en ondersteuning. Het stelsel belooft hulp- en zorgverleners voor het behandelen van ziekte en het verlenen van hulp en niet voor het gezond houden van een populatie.

- **Toelichting bij obstakel 10: Geen titel, status, erkenning, financiering voor de regiefunctie**

Obstakel 10 maakt geen onderdeel uit van het stelsel zelf. Wel zorgen de prikkels in het stelsel ervoor dat een regiefunctie niet zondermeer wordt erkend en gefinancierd. Het is echter de vraag of dit problematisch is. Vaak is een groot aantal hulp- en zorgverleners betrokken bij preventieve interventies. Dit maakt het realiseren van een integraal preventief aanbod moeilijk. De oplossing wordt vaak gezocht in een (aparte) regiefunctie. Financiers (overheden, zorgverzekeraars) accepteren echter vaak niet zondermeer het bestaande gefragmenteerde aanbod van (sterk gespecialiseerde) hulp- en zorgverleners. Ook zijn financiers er niet altijd van overtuigd dat een (nieuwe) partij als regisseur de beste oplossing is. Dit is geen stelselprobleem maar een te verwachten kritische rol van de financierende partij (die er in elk zorgstelsel bestaat). Als financiers overtuigd zijn van de meerwaarde van een regiefunctie dan is financiering namelijk vaak wel mogelijk.

Casus 1 – Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas

3.1 Beschrijving casus vanuit de optiek van de burger

Even voorstellen

Francis is van Antilliaanse afkomst. Hij groeit op in Amsterdam Noord. Net zoals zijn ouders heeft Francis ook overgewicht. In het gezin van Francis neemt eten een belangrijke plaats in. Eten maakt geen onderdeel uit van het leven, maar is het leven voor de familie Martina. Er wordt echter niet alleen veel gegeten, maar ook vaak ongezond. Daar komt nog bij dat Francis weinig beweegt. Het ongezonde voedingspatroon en gebrek aan beweging hebben inmiddels geleid tot een fors overgewicht.



Francis Martina (9)

Signalering, diagnostiek en afstemming

Op een ouderavond kaart de leraar van Francis het overgewicht van Francis bij zijn moeder aan. De leraar en de moeder van Francis spreken af dat er een gesprek met de ouder- en kindadviseur jeugdgezondheidszorg (OKA-JGZ) zal plaatsvinden. De OKA-JGZ is een jeugdverpleegkundige (met een BIG-registratie). De OKA-JGZ maakt onderdeel uit van het Ouder- en Kindteam (OKT) Amsterdam Noord. Elk team bestaat uit ouder- en kindadviseurs, jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, jeugdpsychologen en assistenten.⁶

In het gesprek met de OKA-JGZ wordt de Body Mass Index (BMI) van Francis vastgesteld op 23. Dat betekent dat er in beginsel sprake is van een matig verhoogd Gewichtsgerelateerd GezondheidsRisico (GGR). Als er echter risicofactoren zijn of als er sprake is van comorbiditeit dan zal het GGR op 'sterk verhoogd' worden vastgesteld.⁷ Zie tabel 3.4 voor een overzicht van de verschillende GGR-klassen. De OKA-JGZ legt contact met de huisarts van Francis om te bepalen of er sprake is van aanvullende comorbiditeit. Dat is niet het geval. Ook doet de OKA-JGZ nog onderzoek naar de risico's en beschermende factoren binnen het gezin Martina. Naast de problematiek van overgewicht zijn er geen andere grote problemen binnen het gezin Martina. De OKA-JGZ stelt vast dat er geen sprake is van comorbiditeit bij Francis, maar

⁶ www.oktamsterdam.nl

⁷ Zorginstituut Nederland, *Zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas: een handreiking*, 2015

wel additionele risicofactoren (etniciteit). Het GGR van Francis wordt dan ook definitief vastgesteld op 'sterk verhoogd'. Omdat er geen sprake is van comorbiditeit behoudt de OKA-JGZ zelf de regie op het vervolgproces. Het is niet nodig om bijvoorbeeld de regie over te dragen aan de Jeugdbescherming of aan het buurtteam van Samen Doen.⁸ Samenvattend: op dit moment in het proces is dus vastgesteld:

- Hoe ernstig de problematiek is: een GGR van 'sterk verhoogd'
- Wie de centrale zorgverlener is voor Francis: de OKA-JGZ

Aanpak

De eerste stap van de aanpak is de bewustwording realiseren en de motivatie bevorderen bij kind en gezin voor het aanpakken van de leefstijl. Als vervolgstap gaat de OKA-JGZ afspraken maken met het gezin Martina en met de betrokken professionals. Box 3.1 geeft een overzicht van de onderwerpen waarover afspraken worden gemaakt tussen de centrale zorgverlener, het gezin en betrokken professionals.

Box 3.1 – Overzicht te maken afspraken centrale zorgverlener, gezin en betrokken professionals

- In een leef- en actieplan worden de te behalen doelen vastgelegd. De doelen hebben betrekking op:
 - Gedragsverandering bewegen
 - Gedragsverandering voeding
 - Systeemaanpak opvoeding
 - Psychosociaal
 - Slapen
- Er wordt bepaald aan welke interventies wordt deelgenomen
- Er wordt bepaald wie wat doet op het vlak van behandeling, onderhoud en /of begeleiding per doel
- Er worden afspraken gemaakt over de (mate van) terugkoppeling

Bron: Gemeente Amsterdam, factsheet Samen naar gezond gewicht, 2015

De OKA-JGZ en de familie Martina maken afspraken over de deelname aan het programma Fit en Fun voor kids. Dit is een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI). Het Fit en Fun voor kids heeft als doel het stimuleren van plezier in beweging, verbeteren van het uithoudingsvermogen en optimaliseren van het voedingspatroon om zo een actievere en gezondere leefstijl te bewerkstelligen. Bij het programma zijn (kinder)fysiotherapeuten, een diëtiste en een opvoedadviseur betrokken. Naast de training van Francis zijn er voor ouders verplichte groepsvoorlichtingen en is er de mogelijkheid tot het maken van individuele afspraken bij de diëtiste en/of de opvoedadviseur.⁹ De OKA-JGZ en de familie Martina komen daarnaast overeen dat Francis na afronding van het programma met de trainers zal kijken naar een lidmaatschap bij een reguliere sportclub. De moeder van Francis zal naast het volgen van de verplichte groepsvoorlichtingen binnen het programma ook gaan deelnemen aan een workshop Gezond Koken in het buurthuis.

Bij de uitvoering van de gemaakte afspraken treedt de OKA-JGZ als centrale zorgverlener op voor het gezin Martina. Na twee jaar zijn de doelen uit het leef- en actieplan tussentijds bijgesteld en gerealiseerd. Francis en zijn ouders hebben de GLI succesvol doorlopen. Francis zit inmiddels al bijna een jaar op judo en het voedingspatroon in huize Martina is drastisch gewijzigd. De OKA-JGZ en de ouders van Francis overleggen over eventuele vervolgstappen. Samen constateren zij dat er belangrijke vorderingen zijn geboekt en dat er geen nieuwe doelen vastgesteld hoeven te worden. Het gezin Martina zit op de goede weg en zal de ingezette verandering in gedrag en levensstijl zelf voortzetten.¹⁰

⁸ Gemeente Amsterdam, factsheet Samen naar gezond gewicht, 2015

⁹ www.fysiomcn.nl

¹⁰ Gemeente Amsterdam, factsheet Samen naar gezond gewicht, 2015

3.2 Beschrijving Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht en obesitas vanuit stelseloptiek

Beknopte achtergrond Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht

Naast Francis kampen nog ongeveer 30.000 kinderen in Amsterdam met overgewicht en obesitas, waarvan naar schatting 2300 morbide obees zijn. Het doel van de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG) is het voorkomen en terugdringen van overgewicht en obesitas bij kinderen. De AAGG biedt een integrale aanpak vanuit allerlei domeinen als sport en bewegen, voedingsomgeving, school, buurt, community, welzijn, jeugdgezondheidszorg en zorg. Een groot deel van de aanpak heeft betrekking op gemeentelijke inspanningen op het gebied van preventie. Deze casusbeschrijving richt zich echter specifiek op de integrale deelaanpak ten behoeve van kinderen met overgewicht of obesitas en hun ouders.

Het cluster kinderen met overgewicht en obesitas van de AAGG streeft een systematische en integrale aanpak van overgewicht of obesitas bij kinderen na. De aanpak volgt de Zorgstandaard Obesitas¹¹. Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam hebben samen met meer dan twintig partijen uit de zorg- en welzijnketen in het Pact Gezond Gewicht vastgelegd hoe de Zorgstandaard Obesitas in Amsterdam wordt uitgevoerd.

In het Pact is afgesproken dat ieder kind in Amsterdam met overgewicht of obesitas in beeld komt. Vervolgens moet elk kind met overgewicht of obesitas en zijn ouders een passend en integraal aanbod van ondersteuning en (indien nodig) zorg krijgen. Het doel is verbetering van de kwaliteit van leven van de kinderen en gewichtsstabilisatie. Figuur 3.2 geeft weer hoe in Amsterdam de signalering, diagnostiek, afstemming en aanpak zijn ingericht en wie, wanneer, welke rol speelt.

De diagnostiek van kinderen met overgewicht vindt plaats door geschoolde professionals: OKA-JGZ, huisarts of kinderarts. Op basis van het vastgestelde GGR worden kinderen ingedeeld in vijf categorieën met een kleurcode (conform de zorgstandaard). De indeling loopt van geen risico (groen) tot extreem verhoogd risico (donkerrood). Op basis van het GGR wordt de aanpak ingezet.

De aanpak van kind en ouders is altijd een vorm van de 'Amsterdamse Gecombineerde Leefstijl Interventie' (AGLI). De ouder- en kindadviseur loopt de verschillende componenten van de AGLI na en laat kind en ouders doelen opstellen. De AGLI strekt zich uit over vijf aandachtsgebieden ook wel modules genoemd (zie figuur 3.3).

De gangbare visie is dat de behandeling alle componenten in één pakket moet aanbieden aan kind en gezin. De Amsterdamse insteek is dat kind en gezin centraal staan. Er wordt geen standaardpakket aangeboden, maar maatwerk per situatie. Dat kan betekenen dat een kind en gezin een voedingsmodule en opvoedingsmodule volgen, en de component bewegen zelf inzetten. Essentieel is de overtuiging dat moet worden aangesloten bij de motivatie en belastbaarheid van kind en gezin.

¹¹ Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010: http://www.partnerschapovergewicht.nl/site_files/uploads/PON_Zorgstandaard_Obesitas_2011_A4_v1%2004.pdf

Figuur 3.2 – Samen naar gezond gewicht

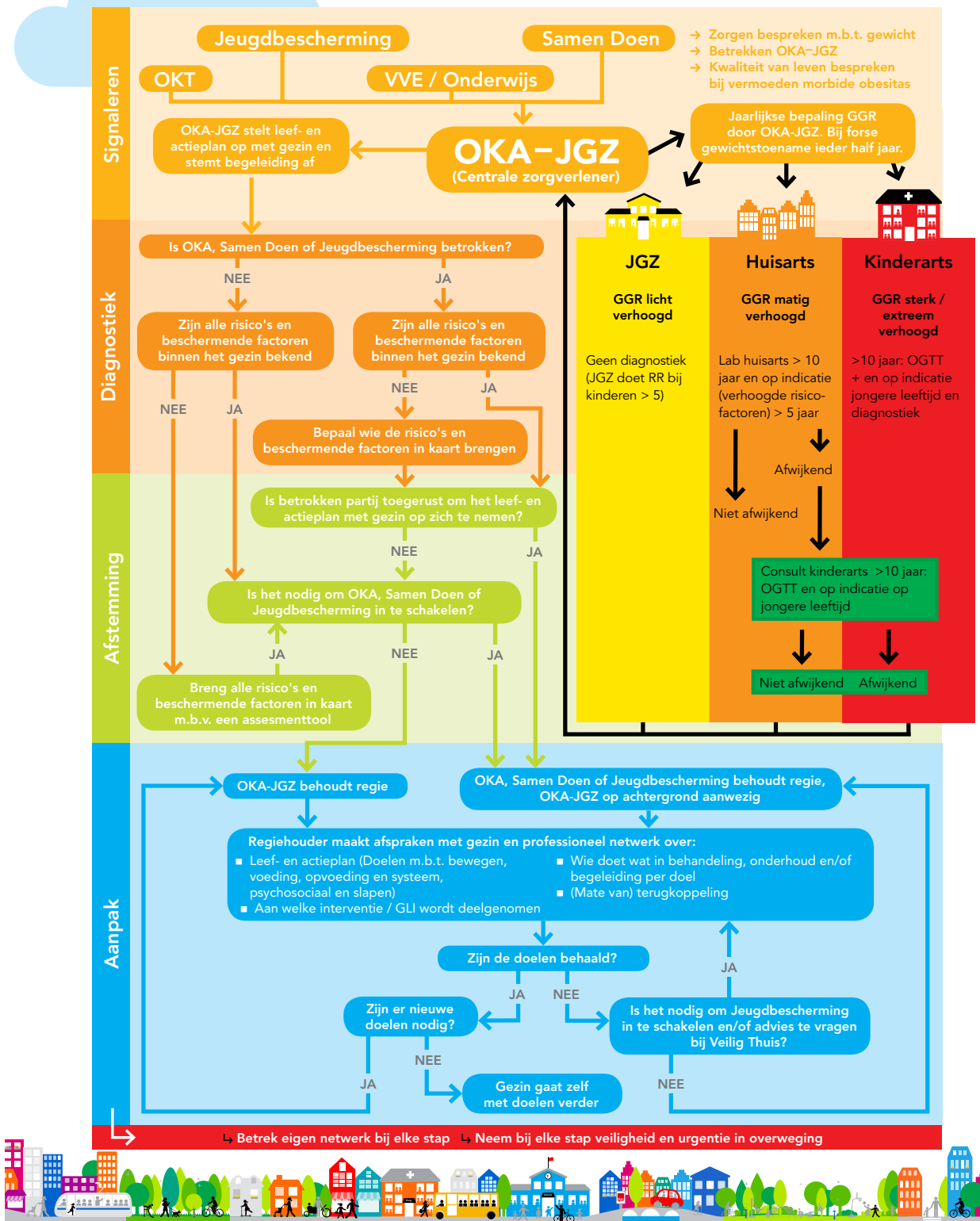
Juli 2015



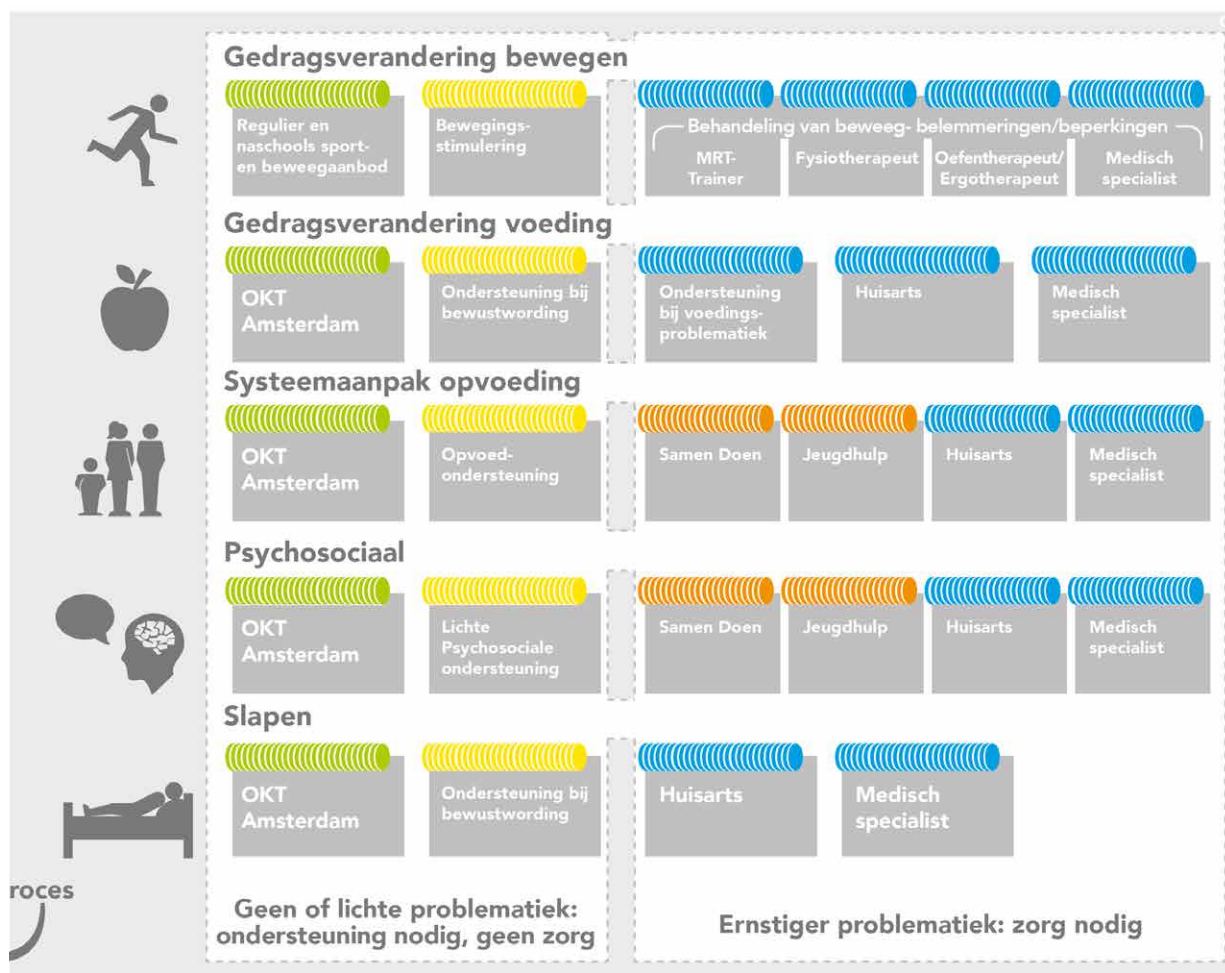
Gemeente Amsterdam

Samen naar gezond gewicht

Stroomschema bij overgewicht en (morbide) obesitas bij de 0-19 jarigen in Amsterdam



Figuur 3.3 – Vijf aandachtsgebieden van de Amsterdamse Gecombineerde Leefstijl Interventie



Bron: Gemeente Amsterdam

Per module is beschreven wanneer de zorgverzekeraar en wanneer de gemeente financier is (zie figuur 3.3). Voor deze modules is dus helder onder welk stelsel ze vallen. Zorgverzekeraar en gemeente hebben elk inkoopvoorwaarden opgesteld voor de modules die ze inkoop. Hierin zijn afspraken/voorwaarden vastgelegd met uitvoerders over de kwaliteit van de uitvoering en over hun afstemming met uitvoerders van andere modules en de centrale zorgverlener om het kind en het gezin samenhangende ondersteuning en zorg te bieden. Per 1 januari 2016 gaan Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam volgens deze voorwaarden inkoop via een lerende aanpak. Via eigen onderzoek en de ondersteuning ten behoeve van de landelijke proeftuinen 'ketenzorg' van Care for Obesity wordt het model gemonitord en gedurende de rit aangepast en verder ontwikkeld.

Gezien de verschillende leefgebieden zijn veel verschillende hulpverleners betrokken bij de ondersteuning van en zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas. Daarom wordt er gewerkt met een centrale zorgverlener. In veel gevallen is dat de OKA-JGZ. De OKA-JGZ heeft de volgende taken:

- Signaleren
- Uitvoeren diagnostiek
- Samen met kind en ouders opstellen en bijstellen van een leef- en actieplan. In het leef- en actieplan worden de doelen en inhoud van de aanpak vastgesteld
- Fungeren als centraal aanspreekpunt voor zowel het gezin als de betrokken professionals en houden van regie op de samenwerking en afstemming

Resultaten

Het brede programma AAGG laat al een aantal resultaten zien. Het percentage kinderen met overgewicht en obesitas is bij elke leeftijd (2, 3, 5, 10 en 14 jaar) in 2013 licht gedaald ten opzichte van 2011. Bij de groep te zware kinderen is ook het percentage kinderen met obesitas dalende.¹²

De casusbeschrijving in dit rapport heeft specifiek betrekking op kinderen met (morbide) obesitas. Sinds 1 juli ontvangen 280 kinderen/gezinnen met (morbide) obesitas aanvullende begeleiding. Voor deze groep zijn nog geen resultaten (in de zin van uitkomsten op kindniveau) beschikbaar.

Aanspraken

Het Zorginstituut Nederland heeft in 2009 een standpunt uitgebracht over de GLI bij overgewicht en obesitas¹³. Desondanks bestond er in het veld nog enige onduidelijkheid over de vraag of de kosten voor de centrale zorgverlener ook onder de Zvw vielen, met name in die gevallen dat de centrale zorgverlener uit het gemeentelijke domein afkomstig is (zoals bij de OKA-JGZ).

Onlangs heeft het Zorginstituut Nederland een handreiking uitgebracht over de zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas¹⁴. Hierin zet het Zorginstituut Nederland helder uiteen dat coördinatie van de zorg ook een aanspraak is binnen de Zvw indien de betreffende patiënt (kind) minimaal een matig verhoogd GGR heeft. Het Zorginstituut Nederland benadrukt wel dat de coördinatie (of casemanagement of centrale zorgverlener) geen zelfstandig te verzekeren aanspraak is, maar een onderdeel is van de zorg. De handreiking maakt daarnaast helder welke onderdelen van deze GLI een zorgaanspraak zijn in de Zvw en wanneer deze GLI een aanspraak is in de Zvw (zie tabel 3.4). Er lijkt nu duidelijkheid te zijn over de vraag wanneer deze GLI een Zvw-aanspraak is.

Bekostiging

Er is een groot aantal verschillende soorten hulp- en zorgverleners betrokken bij de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas. Denk bijvoorbeeld aan de huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut, de jeugdhulpverlening en de ouder- en kindadviseur. Welke zorgverleners worden ingeschakeld, is sterk afhankelijk van de problematiek van het kind. Bij het ene kind zijn een fysiotherapeut, opvoedadviseur en een medisch specialist betrokken en bij het andere kind volstaat de huisarts. Elk van deze zorgverleners wordt via de reguliere bekostiging van de beroepsgroep betaald. Er is bijvoorbeeld geen keten-DBC voor kinderen met overgewicht en obesitas. Er is in deze casus nog geen reguliere bekostiging beschikbaar voor het onderdeel casemanagement van de centrale zorgverlener (zie ook paragraaf 3.3).

¹² Gemeente Amsterdam; Onderzoek, Informatie en Statistiek, Outcome-monitor AAGG 2015

¹³ Zorginstituut Nederland, Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie, 2009

¹⁴ Zorginstituut Nederland, Zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas: een handreiking, 2015

Tabel 3.4 – Aanspraken per indicatiegebied en interventie

	Indicatie		Interventie	Domein
	BMI & risico	GGR		
5	BMI \geq 40 of \geq 35 BMI < 40 en risicofactoren of co-morbiditeit	Extreem verhoogd	Intensieve GLI (zonodig klinische opname) ¹⁵	Zvw
4	\geq 35 BMI < 40 of \geq 30 BMI < 35 en risicofactoren of co-morbiditeit	Sterk verhoogd	GLI Adviezen/coaching t.a.v.: - Voeding - Bewegen - Gedragsverandering (gericht op kind en zijn systeem)	Zvw
3	\geq 30 BMI < 35 of \geq 25 BMI < 30 en risicofactoren of co-morbiditeit	Matig verhoogd	& Beweegaanbod in de wijk	& Gemeente
2	\geq 25 BMI < 30	Licht verhoogd	Individuele adviezen over gezonde leefstijl & Beweegaanbod in de wijk	Zvw & Gemeente
1	BMI < 25	Geen	Beweegaanbod in de wijk	Gemeente

Bron: Zorginstituut Nederland, Zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas: een handreiking, 2015

3.3 Belemmeringen voor structurele invoering

Onvoldoende aanbod van bewezen effectieve interventies

Uitgangspunt van de ‘aanpak kinderen met overgewicht en obesitas’ is dat er evidence-based interventies worden ingezet. Amsterdam zet momenteel in op de ontwikkeling van geïntegreerde preventieprogramma’s die evidence-based zijn of het in Amsterdam implementeren van geïntegreerde preventieprogramma’s die elders bewezen effectief zijn. Dit vergt echter nog wel tijd. Ten eerste omdat te weinig interventies evidence-based zijn. Ten tweede omdat het ontwikkelen en onderbouwen van nieuwe interventies veel tijd kost (als er nog geen evidence-based programma’s beschikbaar zijn).

¹⁵ Na verwijzing door een expertisecentrum voor obesitas bij kinderen

Voorwaarden aan de aanspraak en bekostiging van de centrale zorgverlener

Uit het oogpunt van aanspraken en bekostiging is de aanpak van kinderen met overgewicht en obesitas vrij complex. In deze Amsterdamse casus is een hulpverlener uit het gemeentelijke domein, de OKA-JGZ, de centrale zorgverlener. Dit betekent dat de OKA-JGZ reguliere hulp, zorg en coördinatie biedt in het gemeentelijke domein en daarnaast, indien de patiënt Zvw-zorg nodig heeft, coördinerende taken uitvoert voor verzekerde zorg in het Zvw-domein.

Het Zorginstituut Nederland geeft aan dat “coördinatie een onderdeel is van de te verzekeren prestaties. Voor de te verzekeren zorg (in dit geval de zorg voor kinderen met overgewicht/obesitas met een bepaald niveau van GGR) wordt een bekostiging ontwikkeld. Dit kan de vorm hebben van een prestatiebeschrijving voor een product (GLI) of een keten, in ieder geval wordt hierin ook het onderdeel ‘coördinatie’ verwerkt en is hiervoor geld beschikbaar. Het is vervolgens aan zorgverzekeraar en zorgaanbieder(s) om een organisatievorm te bedenken voor de zorg en hierover een contract te sluiten. Binnen dit contract kan volgens het Zorginstituut afgesproken worden dat de jeugdverpleegkundige de coördinatietaken op zich neemt. Inderdaad is wel een probleem dat er nog geen Wmg-prestatiebeschrijving beschikbaar is voor het gehele product of de keten. De Beleidsregel Innovatie voorziet echter in deze Wmg-lacune en geeft dus de mogelijkheden om te experimenteren met de gewenste organisatievorm voor de zorg (inclusief coördinatie) en de contractering hiervan.”

Er is vanuit het Amsterdamse programma samen met Zilveren Kruis een aanvraag gedaan bij de NZa voor een innovatieve prestatie (op grond van de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties). De beleidsregel innovatie heeft als doel zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte te geven om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties met als doelstelling het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg. De aanvraag is in behandeling genomen door de NZa. De bekostiging kan daarmee voor de komende drie jaar mogelijk worden gemaakt in de vorm van een experiment. In deze periode van het experiment kan vervolgens de reguliere bekostiging worden uitgewerkt.

Voor de structurele bekostiging is de huidige aanpak van Amsterdam met 24 modules (zie figuur 3.3) mogelijk een aandachtspunt. Een modulaire aanpak betekent dat elke hulp- en zorgverlener apart declareert. Daarnaast is er een centrale zorgverlener die verantwoordelijk is voor de coördinatie (en die de hulp uitvoert voor enkele modules die de gemeente bekostigt). Door de modulaire aanpak voert de OKA-JGZ op het vlak van Zvw-zorg alleen coördinerende taken uit (naast de reguliere hulp- en zorgverlening in het gemeentelijke domein). Vanuit de Zvw gezien lijkt het op het eerste gezicht op een zelfstandige aanspraak op coördinatie. Dit is het echter niet omdat de coördinerende taak in samenhang met hulp en zorg uit het gemeentelijke domein wordt geboden.

De meest eenvoudige oplossing is daarom om de coördinerende taak van de centrale zorgverlener die betrekking heeft op de Zvw-zorg apart te bekostigen en apart in rekening te brengen bij de Zvw. Een alternatief is om voor de structurele bekostiging keten DBC's te ontwikkelen waaruit vervolgens ook de coördinatiekosten van de OKA-JGZ in de Zvw kunnen worden betaald. Gezien het grote aantal mogelijke combinaties van modules, betekent dit waarschijnlijk wel dat er een groot aantal DBC's moet worden vastgesteld.

Conclusie

Bovenstaande tekst over aanspraken is bepaald niet eenvoudig te begrijpen en het is dan ook niet verwonderlijk dat een proces om alle knopen van een casus te ontwarren enige tijd vergt. Dit betekent enerzijds dat er in de praktijk enige tijd overheen gaat voordat een volledig nieuwe en ingewikkelde casus bekostigd kan worden vanuit de Zvw. Dit vergt behoorlijk wat doorzettingsvermogen. Anderzijds geeft het aan dat er ook in deze casus wel een oplossing mogelijk lijkt binnen het zorgstelsel.

Casus 2 – SamenOud

4.1 Beschrijving casus vanuit de optiek van de burger

Even voorstellen



Piet Kooistra (76)



Jaap van der Vlis (78)



Hermien de Lange (85)

Screening

Piet, Jaap en Hermien zijn alleenstaande thuiswonende 75-plussers. Hun huisarts geeft SamenOud¹⁶ zorg. Hij selecteert op basis van case-finding¹⁷ 75-plussers waarvan hij vermoedt dat ze kwetsbaar zijn of een complexe zorgbehoefte hebben. Hij vraagt hen in de praktijk een vragenlijst in te vullen. Aan de hand van de antwoorden wordt ook ingeschat hoe Piet, Jaap en Hermien ervoor staan als het gaat om gezondheid, welbevinden, welzijn en wonen. Op basis van de vragenlijst worden Piet, Jaap en Hermien in één van de volgende drie risicoprofielen ingedeeld:

1. Robuuste ouderen
2. Kwetsbare ouderen
3. Ouderen met complexe zorgbehoeften

Zie voor een korte toelichting op de profielen tabel 4.1.

Tabel 4.1 – SamenOud-risicoprofielen

Robuuste ouderen	<ul style="list-style-type: none"> - Ervaren weinig gevolgen van ouder worden - Leiden meestal een actief en maatschappelijk betrokken leven - Gaan regelmatig met vakantie - Zijn zelden ziek
Kwetsbare ouderen	<ul style="list-style-type: none"> - Krijgen in toenemende mate te maken met gevolgen van ouder worden - Zijn vaak minder mobiel - Zijn gevoeliger voor gezondheidsklachten - Zijn in toenemende mate afhankelijk van hulpmiddelen en hulp van anderen, terwijl het netwerk van vrienden en familie kleiner wordt - Hebben een verhoogd risico op complexe zorgbehoeften
Ouderen met complexe zorgbehoeften	<ul style="list-style-type: none"> - Er is vaak 'van alles' aan de hand - Er komen diverse hulpverleners over de vloer - Er zijn hulpmiddelen in huis en het huis heeft diverse aanpassingen - Meestal is er sprake van multimorbiditeit en regelmatig ziekenhuisbezoek - Voor deze groep is de kans op opname in een verpleeghuis het grootst

¹⁶ Zie voor meer informatie over SamenOud: www.samenoud.nl

¹⁷ 'Case-finding' is zoeken naar risicofactoren of beginnende afwijkingen bij personen die om een andere reden de zorgverlener raadplegen. Deze preventieve activiteit staat dus los van de klacht waarvoor iemand een arts raadpleegt. Bron: Regieraad.

Voor Piet geldt dat hij zeer vitaal is. Hij wordt dan ook ingedeeld in de categorie ‘robuuste ouderen’. Jaap voelt zich na het overlijden van zijn vrouw eenzaam en komt niet zoveel meer buiten. Ook heeft hij een jaar geleden een flinke heupoperatie ondergaan. Hij wordt ingedeeld in de categorie ‘kwetsbare ouderen’. Hermien heeft COPD in een vergevorderd stadium. Ook heeft ze een ernstige fysieke beperking als gevolg van reuma, waardoor ze nauwelijks meer mobiel is. Ze kan alleen nog thuis blijven wonen, als zij intensieve zorg en begeleiding ontvangt. Hermien wordt ingedeeld in de categorie ‘ouderen met complexe zorgbehoeften’. Indien nodig wordt bij veranderingen in de gezondheid het profiel van een oudere aangepast en daarmee ook de zorgintensiteit. Op die manier kan er steeds worden aangesloten bij de (verwachte) behoeften van de oudere.¹⁸ Zie voor meer informatie: www.samenoud.nl/onderwijs-en-onderzoek/publicaties

Verschillende intensiteit van zorg en begeleiding voor Piet, Jaap en Hermien

Omdat Piet, Jaap en Hermien in verschillende SamenOud-risicoprofielen zijn ingedeeld, verschilt de intensiteit van de zorg en begeleiding die Piet, Jaap en Hermien ontvangen. De verschillen in de zorg en begeleiding komen concreet tot uiting in:

- Het aantal contacten met het Ouderenzorg Team (Zie tabel 4.2 voor een toelichting op de samenstelling van het Ouderenzorg Team)
- Het verschil in focus van de zorg en begeleiding
- De benaderingswijze: groepsbenadering of een individuele benadering¹⁹

Tabel 4.2 – Samenstelling Ouderenzorg Team

Huisarts	<ul style="list-style-type: none"> - Geeft leiding en sturing aan het Ouderenzorg Team en zit de overleggen voor - Is eindverantwoordelijk voor de medische begeleiding en behandeling van de oudere - Is eindverantwoordelijk voor het zorgleefplan dat de casemanager samen met de oudere opstelt
Specialist ouderengeneeskunde	<ul style="list-style-type: none"> - Ondersteunt en adviseert het Ouderenzorg Team - Begeleidt samen met de huisarts het zorgproces, in het bijzonder wanneer de oudere ingewikkelde en langdurige gezondheidsproblemen heeft en verschillende medicijnen gebruikt - Neemt zoveel als mogelijk taken van de specialisten in het ziekenhuis over - Zorgt ervoor dat medisch specialisten hun behandelingen zo goed mogelijk op elkaar afstemmen, in het geval behandeling van de oudere door een medisch specialist toch noodzakelijk is
Casemanager: wijkverpleegkundige of ouderenadviseur	<ul style="list-style-type: none"> - Bezoekt de ouderen met complexe zorgbehoeften (wijkverpleegkundige) - Bezoekt de kwetsbare ouderen (ouderenadviseur) - Inventariseert de wensen en behoefte van de ouderen - Organiseert, stimuleert, monitort en evalueert de zorg en begeleiding - Ondersteunt ouderen bij het realiseren van het zorgleefplan - Beantwoordt complexe vragen van ouderen - Treedt op als vertegenwoordiger van de ouderen naar andere professionals

Piet gezond en zelfredzaam houden

Piet kan zich zelfstandig nog prima redden. Omdat Piet niet kwetsbaar is en geen complexe zorgbehoefte heeft, krijgt hij alleen de groepsinterventies van het Zelfmanagement Support en Preventieprogramma aangeboden om zo lang als mogelijk gezond te blijven en hem voor te bereiden op een mogelijke afname van zelfredzaamheid. Het programma

¹⁸ SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

¹⁹ SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

steunt op drie pijlers: sociale contacten, mobiliteit en voeding. De interventies zijn gericht op het verhogen van zijn vermogen tot zelfmanagement en het vergroten van het eigen welbevinden. Het accent ligt op wat Piet nog wel kan en graag wil en niet op problemen of wat hij niet meer kan.

Piet krijgt uitnodigingen voor allerlei groepsactiviteiten die gericht zijn op het gezond en zelfredzaam blijven. Piet heeft recent een SamenOud-dag bezocht. Hij heeft zich daar op de informatiemarkt goed laten voorlichten over de mogelijkheden om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Piet vindt het belangrijk om sociale contacten te onderhouden. Als inwoner van Veendam heeft Piet daarom ook de SamenOud-activiteit 'Samen aan Tafel' bezocht. Hij heeft daar met andere ouderen gekookt en daarna gezamenlijk gegeten.

Piet heeft de Zelfmanagementkaart ontvangen. Daarmee monitort hij zijn eigen situatie. Piet weet wanneer en hoe hij contact kan zoeken met het Ouderenzorg Team in het geval zijn fysieke of mentale gezondheid of zijn leefsituatie in belangrijke mate verandert. Piet hoopt dat hij nog lange tijd niet met het Ouderenzorg Team te maken zal hebben.²⁰

Casemanagement voor Jaap en Hermien

Jaap woont in Stadskanaal en Hermien in Pekela. Beiden nemen ook regelmatig deel aan groepsactiviteiten die in het kader van SamenOud worden georganiseerd. Zo gaat Jaap geregeld naar SamenOud-lezingen. Hermien is recent naar de activiteit 'Pekela van Vroeger' geweest. Ze heeft genoten van het bekijken van filmopnames over de jaren '50. Ze vond het heel interessant om daarna in gesprek te gaan met enkele jongeren over de verschillen tussen vroeger en nu. Naast de groepsactiviteiten worden Jaap en Hermien ook structureel begeleid door een casemanager. Deze bezoekt hen regelmatig thuis. Bij Jaap is de casemanager een ouderenadviseur, omdat Jaap tot de categorie 'kwetsbare ouderen' behoort. Bij Hermien komt een wijkverpleegkundige op bezoek, net zoals bij andere ouderen die complexe zorgbehoeften hebben. De casemanagers bieden intensieve, individuele begeleiding aan Jaap en Hermien. De mantelzorgers van Jaap en Hermien worden hier ook bij betrokken.²¹

De begeleiding van Jaap en Hermien door de casemanager valt uiteen in verschillende stappen. Het begeleidingsproces wordt digitaal ondersteund door het Elektronisch Ouderen Dossier 'Zorgbeheer'. Het proces ziet er als volgt uit.^{22,23}

- Stap 1: Afnemen SamenOud-anamnese

De casemanager heeft telefonisch contact gelegd met Jaap en Hermien en er is een eerste huisbezoek van circa anderhalf uur gepland. Tijdens het eerste huisbezoek heeft de casemanager de SamenOud-anamnese afgenomen. Jaap en Hermien hebben in hun gesprek met de ouderenadviseur respectievelijk de wijkverpleegkundige aangegeven of ze wensen, problemen of behoeften hebben met betrekking tot hun fysiek functioneren, het kunnen uitvoeren van activiteiten, sociale participatie en hun leefomgeving. Ze hebben deze onderwerpen gescoord op een schaal van 0 (geen probleem) tot 10 (volledig probleem). Ook is de belasting van de mantelzorgers onderzocht. Jaap en Hermien hebben samen met hun casemanager bepaald welke onderwerpen worden opgenomen in het zorgleefplan.

- Stap 2: Opstellen concept zorgleefplan

Op basis van de anamnese en het medisch dossier heeft de casemanager in overleg met het Ouderenzorg Team een concept zorgleefplan opgesteld voor Jaap en voor Hermien. Ook is de voorlopige begeleidingsperiode vastgesteld. Bij Hermien is nog aanvullende onderzoek uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde, aangezien er bij Hermien sprake is van multimorbiditeit en polyfarmacie.

- Stap 3: Vaststellen zorgleefplan

Tijdens het volgende huisbezoek van de casemanager hebben Jaap en Hermien samen met hun mantelzorger het concept zorgleefplan doorgenomen. Er zijn naar aanleiding van dit gesprek nog enkele wijzigingen doorgevoerd en daarna is het zorgleefplan vastgesteld.

20 SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

21 SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

22 www.samenoud.nl

23 SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

- **Stap 4: Uitvoering zorgleefplan**

Het zorgleefplan is inmiddels in werking getreden. De beschreven acties worden uitgevoerd. De casemanager schakelt relevante disciplines en instanties in, zorgt voor een goede afstemming en bewaakt de niet-medische aspecten uit het zorgleefplan. De medici uit het Ouderenzorg Team bewaken de afstemming tussen medische behandelingen.

- **Stap 5: Monitoring en aansturing door het Ouderenzorg Team**

De casemanager (ouderenadviseur) van Jaap heeft iedere vier weken contact met Jaap. De casemanager (wijkverpleegkundige) van Hermien heeft iedere twee weken contact met Hermien. Gedurende deze contacten worden de voortgang van het zorgleefplan en de situatie van Jaap en Hermien besproken. Het Ouderenzorg Team komt maandelijks bij elkaar voor een teamoverleg. De casemanagers rapporteren in het Ouderenzorg Team iedere maand over de voortgang. Zo nodig wordt het zorgleefplan bijgesteld.

- **Stap 6: Evaluatie**

Twaalf maanden na het eerste huisbezoek zullen alle nog actieve onderwerpen uit het zorgleefplan van Jaap en het zorgleefplan van Hermien worden geëvalueerd. De algemene gezondheidssituatie van Jaap en Hermien zal dan opnieuw worden beoordeeld met behulp van de anamnese. Deze zaken worden met de oudere en met het Ouderenzorg Team besproken. Voor Hermien geldt dat er na de evaluatie waarschijnlijk weer een nieuw begeleidings-traject zal worden opgestart. Voor Jaap geldt dat hij zich de laatste tijd minder eenzaam begint te voelen. Ook komt hij veel vaker buiten en heeft hij verschillende nieuwe sociale contacten opgedaan bij SamenOud-activiteiten die hij heeft bezocht. In het geval van Jaap zal de begeleidingsperiode waarschijnlijk worden afgesloten. Jaap wordt in dat geval ingedeeld in een ander profiel, namelijk het profiel 'robuuste oudere'.

Samenvatting: preventie, begeleiding en zorg bij Piet, Jaap en Hermien

Tabel 4.3 geeft beknopt weer welke zorg en begeleiding Piet, Jaap en Hermien ontvangen en de verschillen daar tussen.

Tabel 4.3 – Zorg en begeleiding voor Piet, Jaap en Hermien			
	Piet De robuuste oudere	Jaap De kwetsbare oudere	Hermien De oudere met complexe zorgbehoeften
Mate van zorg en begeleiding	Lage intensiteit	Hoge intensiteit	Hoge intensiteit
Coördinatie van zorg en begeleiding	Ouderenzorg Team	Ouderenzorg Team, casemanager	Ouderenzorg Team, casemanager
Contacten (aantal)	Incidenteel: op initiatief van Piet of het Ouderenzorg Team	Structureel: ongeveer 1 per maand	Structureel: ongeveer 2 per maand
Duur van individuele zorg en begeleiding	Niet van toepassing	6 - 12 maanden	6 - 12 maanden
Benadering	Groep	Individueel en groep	Individueel en groep
Focus	Zelfmanagement	Psychosociaal	Gezondheid

Bron: SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

4.2 Beschrijving SamenOud vanuit stelseloptiek

De start van SamenOud

Onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) hebben in 2009 en 2010 een pilotstudie uitgevoerd in Stadskanaal. In deze studie keken ze of kwetsbare ouderen en ouderen met een ingewikkelde zorgvraag baat hebben bij een casemanager. In 2010 kregen de onderzoekers subsidie van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) om een stap verder te gaan. Zij ontwikkelden een nieuw model voor samenhangende ouderenzorg: SamenOud. De interventie SamenOud werd bekostigd op basis van de beleidsregel NPO van de NZa. Vanaf 2015 is SamenOud in Oost-Groningen (Veendam, Pekela en Stadskanaal) gefinancierd op basis van de beleidsregel innovatie.

Samenwerking binnen SamenOud

SamenOud verbindt organisaties die relevant zijn voor de zorg en begeleiding van thuiswonende ouderen en de financiering daarvan (zorgverzekeraar en gemeente). Zie ook figuur 4.4. De organisaties maken onderlinge samenwerkingsafspraken over de realisatie en financiering van SamenOud. Deze samenwerkingsovereenkomst beschrijft dat de deelnemende partijen met elkaar integrale zorg voor thuiswonende ouderen volgens het SamenOud-model willen realiseren. De overeenkomst moet minimaal ondertekend worden door de huisartsen, de aanbieders van zorg en welzijn, de zorgverzekeraar en de gemeente(n).²⁴

Figuur 4.4 – Het SamenOud-Verbindenlogo



²⁴ SamenOud, SamenDoen; Een verslag van SamenOud in de praktijk, 2015

Doel en werkwijze SamenOud

Het doel van SamenOud is dat ouderen zo lang en zo prettig mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. SamenOud biedt een systematische en integrale aanpak voor 75-plussers die gebaseerd is op het Chronic Care Model. De oudere staat centraal en de verschillende zorgverleners werken samen in teams om goede preventie en proactieve ondersteuning en zorg te bieden. Het Ouderenzorg Team is gekoppeld aan een huisartsenpraktijk en bestaat verder uit een ouderenadviseur (welzijn), wijkverpleegkundige (zorg) en specialist ouderengeneeskunde (zorg).

De 75-plussers worden op basis van de Kaiser Permanente Triangle met een systematische vragenlijst gecategoriseerd in drie groepen. Deze drie groepen zijn:

- Robuust
- Kwetsbaar (verhoogd risico op complexe zorgbehoeften)
- Complexe zorgbehoeften

Op basis van deze categorisering in risicogroepen biedt het team passende zorg en begeleiding. Alle kwetsbare ouderen worden elke vier weken bezocht door een ouderenadviseur. Alle ouderen met een complexe zorgvraag worden elke twee weken bezocht door een wijkverpleegkundige. Elke oudere heeft een digitaal dossier en de ouderen worden indien nodig regelmatig besproken in het Ouderenzorg Team overleg.

Resultaten

Uit het beschikbare onderzoek en de door ZorgmarktAdvies afgenomen interviews blijkt dat de ouderen erg positief oordelen over SamenOud. Verder blijkt dat bij deelname aan SamenOud het aantal ouderen dat een probleem ervaart in een jaar tijd aanzienlijk afneemt. Na een jaar deelname aan SamenOud is het aantal gezondheidsproblemen dat de ouderen met de profielen 'Kwetsbaar' en 'Complexe zorgbehoeften' ervaren gemiddeld met 53% afgenomen. Ook de ernst van de problemen neemt af. Vooral het aantal ervaren problemen rond de onderwerpen 'stemming', 'mobiliteit van de gewrichten', 'lopen' en 'welzijnsvoorzieningen' laten een aanzienlijke daling zien.

Door de structurele aandacht die casemanagers geven aan de ouderen krijgen zij een beter inzicht in de oudere en zijn of haar omgeving. Dit heeft als voordeel dat ze beter passende zorg kunnen bieden en met een proactieve werkwijze escalaties kunnen voorkomen. Alle ouderen die SamenOud zorg ontvangen ervaren een betere kwaliteit van zorg vergeleken met de ouderen die de gebruikelijke zorg ontvangen. Met name de ouderen die casemanagement ontvangen vinden de kwaliteit van zorg beter. Waarbij de groep kwetsbare ouderen de grootste verbetering in kwaliteit ervaart vergeleken met gebruikelijke zorg.

Er is een business case voor SamenOud ontwikkeld en vastgesteld door zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, de gemeenten Stadskanaal, Veendam en Pekela, en het SamenOud-team. Op grond van deze business case van SamenOud wordt een besparing verwacht van (gewogen) gemiddeld € 274 per oudere per jaar. Zie tabel 4.5 voor een toelichting op de kosten en baten. De baten hebben voor een belangrijk deel betrekking op het uitstellen en verkorten van opnames in ziekenhuis, verzorgingshuis en verpleeghuis.

Tabel 4.5 – Verwachte kosten en baten op grond van de business case*

	Aandeel groep	Kosten per oudere*	Baten per oudere	Saldo kosten / baten per oudere
Robuuste ouderen	64%	68	237	169
Kwetsbare ouderen	16%	1.365	1.650	285
Ouderen met complexe zorgbehoefte	20%	1.937	2.536	599

* De kosten zijn gebaseerd op de kosten ten tijde van de subsidieregeling Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)

De (nog niet gepubliceerde) onderzoeksresultaten van de gerealiseerde kosten en baten van SamenOud laten zien dat de toename van de uitgaven in de controlegroep gelijk is aan de toename van de uitgaven in de SamenOud groep (inclusief de extra kosten van SamenOud). De verwachte besparing in de business case is dus (nog) niet gerealiseerd.

Aanspraken

De vraag welke onderdelen van de SamenOud aanpak een Zvw-aanspraak zijn, is aan de orde gekomen bij de aanvraag van een zorgprestatie onder de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' (beleidsregel innovatie). Het Zorginstituut heeft hiertoe een globale toets uitgevoerd. Als hoofdlijn geldt dat indien er een duidelijke indicatie is voor geneeskundige zorg dat ook het bijbehorende casemanagement verzekerde zorg op grond van de Zvw is. Een dergelijke uitspraak kan echter niet worden gedaan op het niveau van het programma. Daarvoor moet de feitelijke zorgverlening aan individuen worden bekeken.

Het Zelfmanagement Support en Preventieprogramma voor de robuuste ouderen valt onder de Wmo. Voor een belangrijk deel van de onderdelen van SamenOud was direct duidelijk dat het een aanspraak in de Zvw betrof. De screening van alle 75-plussers in SamenOud was aanvankelijk wel een aandachtspunt voor goedkeuring. Selectieve screening is immers niet verzekerd onder de Zvw. De werkwijze van SamenOud is hierop aangepast. Indien de huisarts op basis van case finding kwetsbaarheid vermoedt, krijgen 75-plussers een vragenlijst van de huisarts. Afhankelijk van de antwoorden van de ouderen op deze vragen worden ze ingedeeld in één van de genoemde drie groepen.

De ouderenadviseur is over het algemeen casemanager voor de groep kwetsbare ouderen. De rol van de ouderenadviseur bij de groep kwetsbare ouderen was een aandachtspunt. Indien de rol van een ouderenadviseur wordt gezien als 'begeleiding' dan is het geen aanspraak binnen de Zvw, maar valt het onder de Wmo.

De onderstaande taken van het Ouderenzorg Team zijn volgens het Zorginstituut Nederland echter geneeskundige zorg en dan met name 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden':

- opstellen van het risicoprofiel
- opstellen individueel zorgleefplan ten behoeve van samenhangende medische behandeling
- inzet casemanager
- bevorderen zelfmanagement

Bekostiging

De start van SamenOud is gefinancierd vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) en de beleidsregel NPO van de NZa. Vanaf 2015 is SamenOud in Oost-Groningen (Veendam, Pekela en Stadskanaal) gefinancierd op basis van de beleidsregel innovatie. Deze beleidsregel van de NZa is bruikbaar indien er nog geen reguliere bekostiging bestaat. Menzis heeft als grootste verzekeraar in de regio bekostiging aangevraagd op basis van de beleidsregel innovatie. Medio 2014 waren namelijk de mogelijkheden om SamenOud binnen de bekostigingssystemen van de huisartsen en de wijkverpleging te financieren nog beperkt.

'De beleidsregel [innovatie] heeft als doel zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte te geven om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties met als doelstelling het verbeteren van de prijs/kwaliteit-verhouding van de zorg.' (NZa beleidsregel AL/BR-0027). Voor een prestatie op basis van de beleidsregel innovatie geldt een vrij tarief. De belangrijkste voorwaarden om op basis van de beleidsregel innovatie een nieuwe zorgprestatie te kunnen aanvragen zijn:

- De bekostiging op basis van de beleidsregel is alleen mogelijk voor een maximumperiode van drie jaar.
- De bekostiging op basis van de beleidsregel is alleen mogelijk voor een kleinschalig experiment.
- Het project moet betrekking hebben op zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de overige Wmg zorg (niet verzekerde zorg).
- De beleidsregel kan alleen worden aangevraagd indien minimaal één bij het experiment betrokken zorgaanbieder en minimaal één zorgverzekeraar de aanvraag ondertekenen.
- Voor Wlz-zorg geldt dat de productieafpraak die volgt uit het experiment maximaal € 500.000 per jaar mag kosten.

Zorgverzekeraars zijn volledig risicodragend voor de betaling van prestaties op grond van de beleidsregel innovatie. Dit betekent in de praktijk dat een zorgverzekeraar die relatief veel geld uitgeeft aan prestaties op grond van de beleidsregel innovatie (voor verzekerden met vergelijkbare risicokenmerken als zijn concurrenten) dit voor een belangrijk deel ten laste van zijn resultaat zal zien gaan.

Er zijn voor de bekostiging van SamenOud onder de beleidsregel innovatie vervolgens vier DBC's ontwikkeld. Er zijn twee DBC's voor de groep ouderen met complexe zorgbehoeften (langdurig en kortdurend). Voor elk van de andere categorieën is er één DBC. Tabel 4.6 geeft een overzicht van de vier DBC's. Belangrijk om op te merken is dat de in de tabel genoemde overheadkosten van het project tijdelijke kosten zijn die samenhangen met de implementatie en het monitoren van de interventie (o.a. projectleiders, basale data analyses, managementrapportage, projectorganisatie, etc.). Deze kosten komen te vervallen bij een structurele implementatie van SamenOud.

Tabel 4.6 – DBC's SamenOud (Menzis) Kosten per DBC (bron: Menzis)			
DBC	Inzet	kosten (€) ZVW	Prijs DBC (€) Zvw**
DBC complexe zorgbehoeften intensief langdurig	Individuele begeleiding wijkverpleegkundige	1.726	3.068
	Overig zorg	394	
	Overhead project	948	
DBC complexe zorgbehoeften intensief kortdurend	Individuele begeleiding wijkverpleegkundige	973	1.685
	Overig zorg	394	
	Overhead project	318	
DBC kwetsbare oudere	Individuele begeleiding ouderenadviseur	973	1.664
	Overig zorg	394	
	Overhead project	298	
DBC Niet-kwetsbare oudere***	Individuele begeleiding	0*	91
	Overig zorg	66	
	Overhead project	25	

* De module zelfmanagement support à € 54,79 voor niet-kwetsbare ouderen wordt vergoed via Wmo
 ** De bedragen zijn per jaar, declaratie vindt plaats per kwartaal. De DBC kan ook per kwartaal gesloten of geopend worden
 *** Deze DBC kan eenmalig gedeclareerd worden

De financiële bijdrage van gemeenten aan SamenOud is beperkt. De kosten van de gemeente hebben betrekking op het continueren en eventueel verbeteren van het bestaande welzijnsaanbod. Daarnaast wordt de module zelfmanagement support à € 54,79 voor de niet-kwetsbare ouderen door de gemeenten betaald.

4.3 Belemmeringen voor structurele invoering

Onzekerheid over kosten en baten SamenOud

De eerste onderzoeksresultaten van de kosten en baten van SamenOud laten zien dat de toename in kosten, rekening houdend met de kosten van SamenOud, gelijk is in de SamenOud-groep en de groep die gebruikelijke zorg kreeg. De verwachte besparingen in de business case worden na 1 jaar nog niet gehaald. Waarschijnlijk is de duur van de interventie daarvoor te kort. Er is sprake van doelmatigheid (toename van kwaliteit bij gelijkblijvende kosten) en de onderzoekers verwachten dat de besparingen zullen toenemen. Zorgverzekeraars betwijfelen of de in de business case genoemde zorgkostenbesparingen gerealiseerd kunnen worden. Wat volgens zorgverzekeraars complicerend werkt, is de hervorming van de langdurige zorg die plaatsvond gedurende de uitvoering van SamenOud.

De kosten van de interventie SamenOud bedragen op basis van de business case gemiddeld circa € 649,- per 75-plusser. Deze kosten komen bovenop de reguliere zorgkosten voor ouderen. Het aantal 75-plussers bedraagt in 2015 circa 1.277.510²⁵. De kosten van een landelijke uitrol van het project zouden op basis van deze cijfers ruim € 800 miljoen kosten. Dit maakt zorgverzekeraars huiverig voor een grootschalige uitrol zolang er nog geen bewijs is dat de verwachte baten ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. Een opschaling van experiment naar landelijke dekking zal waarschijnlijk wel de nodige schaalvoordelen bieden in de kosten. Er zullen echter hoe dan ook hoge initiële kosten verbonden zijn aan een landelijke uitrol.

Ook een afgerond onderzoek met een positieve verhouding tussen kosten en baten van SamenOud is belangrijk maar mogelijk niet doorslaggevend. Naast SamenOud zijn er immers diverse andere projecten die een integrale aanpak voor ouderen voorstaan. Andere ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld het Groninger Zorgmodel Integrale Ouderenzorg of OZO-verbindingzorg. Het valt niet uit te sluiten dat dergelijke andere projecten een betere verhouding tussen kosten en baten (inclusief meerwaarde voor de klant) hebben. Zorgverzekeraars zullen om die reden SamenOud ook willen afwegen ten opzichte van andere interventies. Vanuit maatschappelijk oogpunt is het daarbij niet optimaal dat zorgverzekeraars vooral geïnteresseerd zullen zijn in baten binnen de Zvw, terwijl SamenOud ook baten realiseert in de Wlz (zie ook tabel 4.7).

Zorgverzekeraars moeten voldoen aan hun zorgplicht. Dit betekent dat de zorgverzekeraar voldoende kwalitatief goede zorg moet inkopen (of vergoeden) voor zijn verzekerden. Een zorgverzekeraar kan voldoen aan zijn zorgplicht door, net zoals in andere gebieden in Nederland zonder experiment, reguliere zorg voor de ouderen in te kopen. Een zorgverzekeraar is kortom niet verplicht om SamenOud in te kopen en zal een keuze voor SamenOud eerst op zijn merites beoordelen.

Onduidelijkheid over de aanspraak

De Teams van SamenOud bieden integrale ondersteuning en zorg voor ouderen. Het casemanagement voor de groep ouderen met complexe zorgbehoeften wordt verleend door een wijkverpleegkundige. Het casemanagement voor de groep kwetsbare ouderen wordt meestal uitgevoerd door de ouderenadviseur. De kwetsbare ouderen hebben nog geen complexe zorgbehoefte en de inzet van een ouderenadviseur is vanuit dat oogpunt dan ook passend. Beide casemanagers realiseren het Zelfmanagement Support en Preventieprogramma. De huisarts en de specialist Ouderengeneeskunde zijn verantwoordelijk voor het medisch behandelplan.

De DBC voor kwetsbare ouderen kost € 1.664. De inzet van de ouderenadviseur als casemanager in deze DBC kost circa € 973,- en betreft circa 58% van de kosten van de DBC voor kwetsbare ouderen. De casemanager (ouderenadviseur) bezoekt de kwetsbare oudere elke vier weken en bespreekt met het OuderenzorgTeam de voortgang.

De ouderenadviseur is een HBO-opgeleide professional die normaalgesproken vanuit de Wmo wordt betaald. In de beschrijving van de DBC wordt voor de werkzaamheden van de ouderenadviseur en de wijkverpleegkundige ook de term individuele begeleiding gebruikt. Zilveren Kruis vindt dat de inzet van een ouderenadviseur om die reden geen

aanspraak is in de Zvw, maar een onderdeel van de Wmo. Om die reden vindt Zilveren Kruis het onwenselijk om de volledige kosten van deze DBC vanuit de Zvw te vergoeden. Gemeenten zouden volgens Zilveren Kruis een groter deel van de kosten moeten betalen. Dit weerhoudt Zilveren Kruis om SamenOud in Emmen te vergoeden op basis van de DBC's.

Zolang er onduidelijkheid bestaat over de vraag of de componenten van SamenOud voor kwetsbare ouderen een aanspraak onder de Zvw zijn of niet, dan zal dat één van de belemmeringen zijn voor de structurele implementatie van SamenOud. Zorgverzekeraars en ook gemeenten zullen terughoudend zijn om te financieren zolang ze het gevoel hebben dat de andere partij daarvoor verantwoordelijkheid moet nemen. Maar ook als deze helderheid wel wordt verschaft, betekent dat niet automatisch dat de gemeente of de zorgverzekeraar bereid is te financieren. Een zorgverzekeraar is immers niet verplicht om de onder SamenOud ontwikkelde interventies in te kopen en zal deze keuze eerst op zijn merites beoordelen. Daarvoor is helderheid over de kosten en baten ten opzichte van andere goede voorbeelden noodzakelijk.

Aanpassing aan nieuwe mogelijkheden voor (structurele) bekostiging

De bekostiging van SamenOud in Oost Groningen loopt via de beleidsregel innovatie. Menzis geeft aan dat SamenOud in 2014 via de beleidsregel innovatie is bekostigd omdat er geen andere financieringsvorm voor handen was. De startdatum op grond van de beleidsregel is 1-7-2014. Dit betekent dat bekostiging op grond van de beleidsregel innovatie tot uiterlijk 1-7-2017 mogelijk is. Er moet voor de bekostiging op langere termijn sowieso een alternatief worden gevonden in reguliere financiering.

Op korte termijn is de bekostiging echter ook al een aandachtspunt. Zilveren Kruis geeft aan dat ze SamenOud via reguliere bekostiging wil financieren. Zilveren Kruis geeft aan dat de huidige integrale bekostiging op basis van DBC's, naast de reguliere bekostiging, veel aandacht vergt om dubbele bekostiging te voorkomen. Ook Menzis ziet mogelijkheden om projecten als SamenOud op basis van reguliere bekostiging te financieren. De nieuwe bekostiging voor zowel huisartsen als wijkverpleging biedt hiervoor ruimte:

- In de huisartsenbekostiging kan vanuit het zogenaamde segment 3 bekostiging plaatsvinden van innovaties/vernieuwing en specifieke prestaties.
- Per 2016 kunnen zorgaanbieders met zorgverzekeraars voor de wijkverpleging aanvullend afspraken maken over het belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van deze zorg. Dit kan door middel van de nieuwe prestatie 'beloning op maat'. De prestatie heeft een vrij tarief en wordt op patiëntniveau in rekening gebracht. Verder kan de prestatie alleen gedeclareerd worden als er een overeenkomst is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar van de betreffende verzekerde.

Zowel de huisartsenbekostiging als de bekostiging voor wijkverpleging zijn nieuw. Het zal enige tijd vergen om een project als SamenOud via bovenstaande nieuwe reguliere bekostiging te vergoeden, maar er lijken op dit vlak geen fundamentele barrières te zijn om SamenOud te implementeren. Wel zal er vooralsnog discussie blijven bestaan over de bekostiging van de ouderenadviseur als casemanager van de kwetsbare ouderen.

Kosten en baten slaan in verschillende stelsels neer

Onderstaande schema geeft per profiel een overzicht van de verwachte baten in de drie stelsels (Zvw, AWBZ en Wmo) en de kosten. Het schema is afkomstig uit de business case van SamenOud en geeft dus de te verwachten baten weer. De cijfers zijn gebaseerd op de situatie voor overheveling van wijkverpleging naar de Zvw en de nieuwe Wlz.

Tabel 4.7 – Overzicht kosten en baten per profiel

	Complexe zorgbehoeften	Kwetsbaar	Robuust	Totaal
Zorgverzekeringswet	-243.216	-137.412	-97.272	-477.900
AWBZ	-163.100	-74.967	-27.788	-265.855
Wmo	25.931	14.413	11.167	51.511
Kosten SamenOud	290.481	163.773	32.549	486.803
Totaal	-89.905	-34.194	-81.343	-205.441

Uit bovenstaande tabel blijkt dat een groot deel van de baten neerslaat in de AWBZ. De zorgkantoren die de AWBZ (en nu de Wlz) uitvoeren lopen echter geen risico over deze uitgaven. De zorgverzekeraars hebben geen prikkel om Wlz-uitgaven te voorkomen (ook niet als de zorgverzekeraar het zorgkantoor uitvoert). Zowel de gemeente als de zorgverzekeraar hebben geen belang bij baten die gerealiseerd worden in de Wlz. Puur economisch gezien worden deze baten dus niet meegenomen in de afweging van zorgverzekeraars en gemeenten. Als de baten in de AWBZ van € 266.000 buiten beschouwing blijven, is er echter geen positieve business case voor gemeenten en zorgverzekeraars. Vanuit zorgverzekeraars bezien zouden de extra investeringskosten dus substantieel verlaagd moeten worden, wil de extra investering uit de besparingen in de tweedelijnszorg (in de Zvw) betaald kunnen worden.

Gezien alle veranderingen in het zorgstelsel (o.a. overheveling wijkverpleging naar Zvw en extramuralisering) is het goed denkbaar dat bovenstaande business case nu positiever uitvalt voor zorgverzekeraars en gemeenten. Meer in het algemeen blijft overeind staan dat interventies die voor een belangrijk deel kosten besparen in de Wlz economisch gezien niet interessant zijn voor gemeenten en zorgverzekeraars. De kans is groot dat projecten niet van de grond komen als de maatschappelijke baten grotendeels neerslaan in de Wlz.

Conclusie

Uiteindelijk ligt de afweging om SamenOud wel of niet te contracteren bij de financiers. Zij moeten bepalen of het verstandig is om SamenOud te contracteren. Dat is ook precies de rol die ze in het zorgstelsel hebben.

De onduidelijkheid over de vraag of de inzet van de ouderadviseur voor kwetsbare ouderen vanuit SamenOud onder de Zvw valt, draagt niet bij aan een structurele implementatie. Dit is echter geen fundamentele tekortkoming van het stelsel. Het Zorginstituut kan deze duidelijkheid bieden, bijvoorbeeld bij de gebruikelijke evaluatie van het experiment.

Er zijn nieuwe ontwikkelingen in de bekostiging van de huisartsenzorg en de wijkverpleging. De bekostiging lijkt daarmee voldoende aangrijpingspunten te bieden om SamenOud te kunnen contracteren. Deze ontwikkelingen in de bekostiging zijn echter heel recent en vergen daarom wel tijd om in de praktijk vorm te krijgen.

De vraag of SamenOud gecontracteerd wordt is een afweging van de financiers. De betreffende gemeenten en zorgverzekeraars zullen elk voor zich moeten beslissen of de baten van SamenOud de kosten overtreffen. De verdeling van kosten en baten tussen gemeenten en zorgverzekeraars kan daarbij een hindernis zijn. Maar als de baten de kosten overtreffen dan hebben beide partijen er belang bij om afspraken te maken over de verdeling van kosten.

Een tekortkoming in het zorgstelsel is dat interventies die voor een belangrijk deel kosten besparen in de Wlz economisch gezien niet interessant zijn voor gemeenten en zorgverzekeraars. De kans is groot dat projecten niet van de grond komen als de maatschappelijke baten grotendeels neerslaan in de Wlz.

ZORGMARKTADVIES

Colofon

Tekst: Marc Soeters
Gerrold Verhoeks
Uitgave: ZorgmarktAdvies
www.zorgmarktadvies.nl
Vormgeving: Mariej Vormgeving, Amsterdam

27 november 2015
© 2015 *ZorgmarktAdvies*