

Revolutie op komst in

Met de invoering van zorgstandaarden wacht de organisatie rond de zorg voor chronische patiënten een revolutie. Om aan zet te blijven, moeten apothekers zich verbinden aan zorggroepen in hun regio. Daarbij kunnen ze rekenen op concurrentie van zorgverleners uit andere disciplines.

Tekst | Petra van Woerden

“Als ik openbare apotheker was, dan zou ik nu nagaan of de huisartsen in mijn omgeving al een zorggroep hebben gevormd. En vervolgens – bij voorkeur samen met collega-apothekers – serieus bekijken welke mogelijkheden er zijn voor een partnership. In welke vorm dan ook.” Aan het woord is Frans van de Vaart, directeur van het WINAp, het wetenschappelijke instituut van de KNMP.

Het WINAp participeert in de werkgroep Zorgstandaard Diabetes van de Nederlandse Diabetes Federatie. Alle behandelaars die een rol hebben in de diabeteszorg en ook patiënten zijn bij de opstelling van deze zorgstandaard betrokken geweest. Zo'n zorgstandaard is nodig om de zorg rond diabetes zo efficiënt mogelijk te regelen. De uitvoerders van die zorg organiseren zich in zorggroepen.

De Zorgstandaard Diabetes beschrijft uit welke onderdelen goede zorg voor diabetes type 2 bestaat. Versies voor type 1 en voor kinderen met diabetes zijn in ontwikkeling. De wetenschappelijke richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO vormen de basis, maar vergeleken met deze richtlijnen is de zorgstandaard een document dat meer op de organisatie is gericht. De zorgstandaard beschrijft met welke professionals de patiënt te maken heeft en welke taken deze professionals uitvoeren binnen de zorgketen.



Zorggroep wint prijs

De apothekers Heleen Bultman, Sjouwkje van der Wijk en Karin Hoppenbrouwers van Zorggroep Almere hebben met hun project rondom diabeteszorg de KNMP-Innovatieprijs gewonnen. De kern van hun project is de afstemming met partners in de zorgketen optimaliseren. Het doel daarbij is garanderen dat aan individuele patiënten met diabetes farmaceutische zorgactiviteiten worden aangeboden, die onderling samenhangen en een hoog kwaliteitsniveau hebben. Volgens Van de Vaart hebben deze apothekers kans gezien een duidelijke meerwaarde te bieden aan de zorggroep door vormgeving van diabeteszorg. Daarmee zijn ze een voorbeeld voor andere apothekers. “Zorg dat je als apotheker je ambitie duidelijk maakt en dat je aansluit bij wat andere zorgverleners in jouw omgeving van plan zijn te doen”, is zijn boodschap.

Er zijn huisartsen die menen de medicatiebewaking alleen te kunnen doen. Ik vind dat onverantwoord

Nog een slag verder dan de zorgstandaard gaat de diagnosebehandelcombinatie (DBC). Een DBC geeft de onderlinge werk-

verdeling weer. Het is in feite een tabel met horizontaal alle professionals – zoals de huisarts, de specialist en de verpleegkundige – en verticaal alle activiteiten die deel uitmaken van de zorg aan de patiënt. Met kruisjes is vastgelegd welke taken iedere zorgverlener op zich neemt.

Kostenberekening

Uit de DBC kan worden afgeleid wat de behandeling van een gemiddelde patiënt met type 2 diabetes kost. In de DBC staat bijvoorbeeld hoe vaak de patiënt zijn huisarts en specialist ziet, wanneer hij ondersteuning krijgt bij afvallen en hoe vaak oog- en voetcontrole plaatsvindt. Aan elk onderdeel van de totale behandeling is een tijdsbesteding gekoppeld. Daaruit kan weer

chronische zorg



Frans van de Vaart: “Bij slechts één of twee van die tien officiële experimenten met zorggroepen is een apotheker betrokken. Dat geeft te denken.”

een kostencalculatie worden gemaakt voor een gemiddelde diabetespatiënt voor een behandeling volgens de richtlijnen.

Dat gebeurt niet centraal. Net als in de tweede lijn, waar DBC's al langer bestaan, is het de bedoeling dat zorgaanbieders onderling gaan concurreren. Verzekeraars kunnen een overeenkomst aangaan met zorgaanbieders, die voor een vaste, vooraf overeengekomen prijs de diabeteszorg voor zijn verzekerden gaan organiseren, en zo hun risico verkleinen.

Zorggroepen zijn potentiële aanbieders van diabeteszorg volgens dit model. Zorggroepen zijn groepen van huisartsen, die voor onderdelen van de totale zorg relaties kunnen aangaan met bijvoorbeeld diabetesverpleegkundigen, diëtisten, apo-

thekers enzovoort. Voor het vaste bedrag dat de zorgverzekeraar per patiënt per jaar betaalt, regelt de zorggroep dat zijn verzekerden met diabetes type 2 integrale zorg krijgen.

Contracteren op basis van de zorgstandaarden betekent dat apothekers concurreren met andere professionals

“Deze prijs van diabeteszorg per verzekerde is dus in principe onderhandelbaar”, meent Van de Vaart. “Daar lijkt op het eerste

gezicht niets mis mee, op veel andere gebieden vinden we onderhandelen immers heel gewoon, ook of zelfs juist bij dure of ingewikkelde aankopen. Stel, je gaat een keuken kopen. Die keuken stel je samen uit een aantal onderdelen, die samen de totaalprijs bepalen. Over de prijs valt te onderhandelen. De ruimte daarvoor zit in de marge van de verkoper, maar daarnaast ook in de kwaliteit waarmee je genoeg neemt: als je kiest voor inbouwapparatuur van Atag in plaats van Siemens scheelt dat natuurlijk.”

Vergelijkbare onderhandelingen over diabeteszorg zijn op zichzelf denkbaar, stelt Frans van de Vaart. “Stel: volgens de zorgstandaard moet een diabetespatiënt met overgewicht twee keer per jaar naar een diëtist. Maar wil je dan een discussie of één keer wel genoeg is? Of wellicht gaat een zorgaanbieder voorstellen de diabetesverpleegkundige een aantal handelingen te laten verrichten die de huisarts eigenlijk zou moeten doen. De verpleegkundige is immers goedkoper.”

Op belangrijke punten gaat de vergelijking tussen de keukenboer en de aanbieder van diabeteszorg dus mank. Bij diabeteszorg is geen ruimte voor suboptimale behandeling. Van de Vaart: “Twee mensen kunnen totaal verschillende keukens uitzoeken en er allebei tevreden over zijn, terwijl de ene het dubbele kost van de andere. Maar diabeteszorg is geen *consumer good*. Patiënten willen maar één soort zorg, en dat is de zorg die voor hen optimaal is, in ieder geval in medisch opzicht. Die zorg moeten ze kunnen krijgen. Daarom moeten verzekeraar en zorgaanbieder afspreken dat de geleverde zorg overeenkomt met de landelijke standaard.”

Deals

Zorgverzekeraars zullen naar verwachting steeds vaker direct deals sluiten met zorggroepen om de zorg voor chronisch zieken te organiseren. Naast de standaard voor diabeteszorg zijn zorgstandaarden in ontwikkeling voor cardiovasculair risicomangement en COPD. Een apotheker die een >

Revolutie op komst in chronische zorg

- > belangrijke rol wil blijven spelen bij zorgverlening aan chronisch zieken zal dus zijn positie ten opzichte van de zorggroepen moeten bepalen.

“Mijn indruk is dat veel apothekers zich nog nauwelijks van het proces van zorggroepvorming bewust zijn”, meent Van de Vaart. “Het gevoel dat dat voor hen belangrijk kan zijn leeft nog weinig onder apothekers.”

Alle apothekers krijgen echter met de fenomenen zorgstandaarden en zorggroepen te maken. “Uit cijfers blijkt dat het overgrote deel van de Nederlandse huisartsen al in een zorggroep zit”, stelt Van de Vaart. “Dat betekent niet dat alle huisartsenzorg gebonden is aan een zorggroep, maar voor de diabeteszorg is dat wel aan het gebeuren. ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, subsidieert circa tien zorggroepen in een experimentele proeftuinfase. Bij slechts één of twee van die tien officiële experimenten is een apotheker betrokken. Dat geeft te denken.”

Van de Vaart heeft anderzijds ook niet de indruk dat zorggroepen bij het zoeken naar mogelijke samenwerkingspartners gelijk aan apothekers denken. Dat is een nadeel voor de apotheker ten opzichte van andere disciplines. Van de Vaart: “Voor een aandoening waarbij fysiotherapie belangrijk is, gaan huisartsen die fysiotherapie niet zelf regelen. Daar heb je fysiotherapeuten voor, weten ze, en die zullen ze dus inschakelen.”

Waterdicht

Sommige huisartsen hebben echter te weinig oog voor de meerwaarde van de apotheker. “Er zijn huisartsen die menen de

medicatiebewaking alleen te kunnen doen”, vertelt Van de Vaart. “Ik vind dat onverantwoord. Natuurlijk probeert de arts in één keer goed en veilig voor te schrijven, met behulp van de gegevens in zijn computer. Daarna toetst de apotheker de recepten opnieuw, en haalt er elke dag weer problemen uit die klinisch relevant zijn, zo heeft Henk Buurma in zijn promotieonderzoek aangetoond. En ondanks dit dubbele filter zijn er 19.000 geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames en 1200 geneesmiddelgerelateerde doden per jaar, bleek uit het HARM-onderzoek. De twee filters samen zijn dus nog lang niet waterdicht. Dan is het

Apothekers, leg in groter verband contact met de zorggroepen in je omgeving, want samen sta je sterker

voor mijn gevoel niet aan de orde om een van de filters achterwege te laten.”

Een consequentie van contracteren op basis van de zorgstandaarden is dat apothekers moeten concurreren met andere professionals. De zorggroepen gaan immers bepalen welke andere professionals worden ingeschakeld bij de zorg die zij leveren. In de zorgstandaard staat bijvoorbeeld dat diabetespatiënten om de zoveel tijd moeten laten controleren of hun glucosemeter nog wel de juiste waarden aangeeft. De apotheker kan zo'n metercontrole prima uitvoeren, maar wellicht kunnen anderen dat ook. Het is dus

aan de apotheker om een goed aanbod te doen, aan de zorggroep of mogelijk toch rechtstreeks aan de verzekeraar.

Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor een inhalatie-instructie aan COPD-patiënten. Een verpleegkundige kan dit misschien net zo goed als een apothekersassistent. Apothekers zullen dus een goed aanbod moeten doen

De prijs van de zorg voor bijvoorbeeld een diabetespatiënt is in principe onderhandelbaar.



Zorgstandaard maakt rechten patiënt duidelijk

De *Zorgstandaard voor diabetes type 2* brengt meer transparantie in wat goede diabeteszorg inhoudt voor zorgverleners en patiënten; alle nodige informatie is verzameld en gestructureerd zodat zorgverleners zorgvuldig te werk kunnen blijven gaan. Paula Harte namens Diabetesvereniging Nederland: “Deze Zorgstandaard maakt hiermee ook aan de patiënt duidelijk waar hij in feite recht op heeft. Voorheen was alle informatie te versnipperd.”

om deze zorg al dan niet via de zorggroep te kunnen leveren.

Uitstek

De vorming van zorgstandaarden biedt ook kansen voor apothekers. Volgens Van de Vaart kan de zorgstandaard in de toekomst een sleutel vormen tot vergoeding van bij-

CZ: zorgstandaard is een objectieve maat

Volgens zorgverzekeraar CZ is de komst van zorgstandaarden een goede ontwikkeling om een gedegen basis van handelen te kunnen garanderen. Marie-José van Gardingen namens CZ: “Het is altijd goed een objectieve maat te hebben om te streven naar onder meer betere kwaliteit en meer doelmatigheid, om daarmee de zorg aan patiënten op een hoger niveau te brengen. Bij de totstandkoming van de zorgstandaarden moeten wel de juiste partijen betrokken zijn. Sommige standaarden zullen heel goed binnen de beroepsgroep geregeld kunnen worden, maar bij sommige kan het absoluut van toegevoegde waarde zijn ook andere partijen te betrekken. Dat gebeurt ook en is een goede ontwikkeling. Patiëntenorganisaties krijgen een steeds belangrijker rol. Maar ook zorgverzekeraars erbij betrekken kan van groot belang zijn. Bijvoorbeeld als het gaat om doelmatigheid en om zaken waarbij een zorgverzekeraar wil meedenken om extra te investeren in de realisatie van een goede standaard.”

voorbeeld de medicatiereview. “De KNMP vindt dat onderdelen van de farmaceutische zorg thuis horen in de zorgstandaarden en de DBC’s. Door te participeren in de werk-

Zorgverzekeraars zullen naar verwachting steeds vaker directe deals sluiten met zorggroepen

groepen die de zorgstandaarden maken voor diabetes, astma/COPD en cardiovasculaire risico’s, zal dat ook gebeuren. In de zorgstandaard kan bijvoorbeeld komen te staan: alle diabetespatiënten boven leeftijd X met meer dan Y geneesmiddelen moeten eens per jaar een medicatiereview krijgen. De apotheker is dan bij uitstek degene die de verantwoordelijkheid kan nemen om dat te organiseren”, licht Van de Vaart toe. In dat geval zal de zorggroep de apotheker graag inschakelen.

Natuurlijk kunnen apothekers ook rechtstreeks met verzekeraars overeenkomen hun verzekerden tegen een bepaalde vergoeding een medicatiereview aan te bieden. “Hoe snel de ontwikkelingen rond zorgstandaarden en zorggroepen op dit moment gaan, zal binnenkort blijken uit onderzoek dat in opdracht van VWS is gedaan”, vertelt Van de Vaart.

Van de Vaart ziet nog wel een mogelijk voordeel voor de apotheker om zijn rol als zorgverlener in partnership met zorggroe-

pen verder te ontwikkelen. “Artsen zijn deskundige professionals. Zij zijn wellicht veel ontvankelijker voor een goed zorgaanbod van de apotheek dan sommige zorginkopers”, stelt hij. Maar het blijft zaak om *value for money* te leveren.

Bij apothekers ligt dus de opdracht zich duidelijk te presenteren aan de zorggroepen. “Waarschijnlijk staat inmiddels bijna elke apotheek middenin een zorggroep”, vertelt Van de Vaart. Zorggroepen bestaan uit veertig tot tweehonderd huisartsen. Dat betekent dat in een kleine zorggroep al zes tot zeven apotheken staan. En in een grote zorggroep wel dertig.

Kansen

Van de Vaart adviseert apothekers in een groter verband contact te leggen met de zorggroepen in hun omgeving, want samen sta je sterker en kun je een zorgaanbod voor een hele regio waarmaken. “Je kunt als losse apotheker kijken of je voet aan de grond kunt krijgen binnen de zorggroep in jouw omgeving, maar je kunt dit ook met de kwaliteitskring doen. Of met een plaatselijke apothekersvereniging of een regio binnen een departement.” Hij adviseert als departement in kaart te brengen waar de zorggroepen zitten, waarmee ze bezig zijn en waar de kansen voor samenwerking liggen.

“Want als het jou als apotheker lukt met zo’n zorggroep een win-winrelatie aan te gaan, dan moet het zijn op de zorg die je levert. Het leveren van zorg wordt zo steeds meer een kritische succesfactor voor je bedrijf als apotheek. En dat is een heel goede ontwikkeling”, besluit Van de Vaart.

