



Vrije
Universiteit
Brussel



Universiteit
Antwerpen



Université
de Liège



UNIVERSITÉ
LIBRE
DE BRUXELLES



Academisch Platform Chronische Zorg

Voorstel tot Multidisciplinaire Praktijkondersteuning Chronische Zorg: “ASSISTEO”

November 2013.

Voorstel tot Multidisciplinaire Praktijkondersteuning Chronische Zorg: "ASSISTEO"

Dit document werd ontwikkeld door het **Academisch Platform Chronische Zorg** dat in het leven werd geroepen in de zomer van 2013. Het **Academisch Platform Chronische Zorg** groepeerde de Beroepsorganisaties Domus Medica, de Société Scientifique de Médecine Générale, alle Academische Centra voor Huisartsgeneeskunde (Nederlandstalig, Franstalig), alsook de Vereniging van Wijkgezondheidscentra en de Maisons Médicales.

Het doel van dit Platform is om concrete adviezen te formuleren naar het beleid m.b.t. de organisatie van de chronische zorg met relevantie voor de Huisartsgeneeskunde, en bij uitbreiding alle andere actoren betrokken bij de chronische zorg.

Deze eerste tekst handelt over een **Voorstel tot Multidisciplinaire Praktijkondersteuning Chronische zorg ('ASSISTEO')**, als noodzakelijke aanvulling op de maatregelen die werden genomen door de overheid m.b.t. praktijkassistentie ('IMPULSEO III'). We pleiten er uitdrukkelijk voor, en in antwoord op de belangrijke uitdaging van de **multi-morbiditeit**, om niet langer maatregelen per afzonderlijk ziektebeeld uit te werken, maar door middel van geïntegreerde procedures te groeien naar chronische zorgteams georganiseerd rond de individuele patiënt.

- **Doel van de praktijkondersteuning chronische zorg**

De praktijkondersteuning chronische zorg heeft als doel huisartspraktijken te ondersteunen bij de uitvoering van een reeks taken verbonden aan de zorg voor patiënten met gedefinieerde chronische aandoeningen. Huisartspraktijken worden gestimuleerd tot teamwerking ('shared care'-) door het toevoegen van **een vaste "generische" verpleegkundige chronische zorg**. Voor wat betreft het belang en de rationale van multidisciplinaire praktijkvoering voor chronisch zieken verwijzen we naar de referenties in bijlage [1-20].

- **Inhoud praktijkondersteuning chronische zorg**

De praktijkondersteuning chronische zorg heeft een brede generische focus. De chronisch zorgverpleegkundige staat in voor het aanbieden van **educatie/motivatielevensstijlaanpassing** over de verschillende chronische aandoeningen heen. Daarnaast verzekert de verpleegkundige het **'call/recall' systeem** vanuit de praktijk voor wat betreft de oproepen voor het chronisch zorgconsult bij de huisarts, en de

ondersteuning van het **geïndividualiseerde zorgenplan**, met bijzondere aandacht voor aspecten van functioneren en sociale participatie en waarbij de "doelen" van de patiënt een centrale plaats krijgen ("goal-oriented care"). Dit is een zelfstandige taak, die opgenomen wordt samen met de huisarts in teamverband.

Indien meer gespecialiseerde ondersteuning aangewezen is kunnen meer gerichte referentieverpleegkundigen (waar nodig) aanvullend ter beschikking worden gesteld vanuit o.a. de Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMNs), de diensten voor thuisverpleging of de Lokale Palliatieve Netwerken in de thuiszorg.

- **Plaats van de praktijkondersteuning chronische zorg**

De chronisch zorgverpleegkundige kan worden ingeschakeld op diverse locaties die door de huisarts in samenspraak met de patiënt worden gekozen: **type A)** in de gewone huisartspraktijk, inclusief deze werkzaam binnen het forfaitaire stelsel of, **type B)** binnen een fysieke locatie gekoppeld aan het Lokale Multidisciplinaire Netwerk (LMN).

- **Plaats van tewerkstelling van de chronisch zorgverpleegkundige**

De chronisch zorgverpleegkundige is tewerkgesteld ofwel a) als vaste verpleegkundige gekoppeld aan (één of meerdere) huisartspraktijken, b) in contractuele afspraak met een loontrekkende organisatie, c) als zelfstandige, d) in dienst bij het Lokale Multidisciplinaire Netwerk (LMN) of e) in loondienst bij een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk (bv. wijkgezondheidscentrum).

- **Financiering van de praktijkondersteuning chronische zorg**

De financiering van de praktijkondersteuning chronische zorg is niet prestatie-gebaseerd. Iedere huisartspraktijk die in het ASSISTEO-programma stapt ontvangt een soort **jaarlijkse ASSISTEO-praktijktoelage, in overeenstemming met het aantal "chronische zorg" patiënten** die in de huisartspraktijk een GMD hebben én die voldoen aan de gestelde inclusiecriteria 'chronische patiënt'. Met deze ASSISTEO-toelage kunnen enkel contractueel de diensten van de chronisch zorgverpleegkundige worden ingekocht. Indien het Lokale Multidisciplinaire Netwerk (LMN) de standplaats is van deze chronische zorgverpleegkundige kunnen deze ASSISTEO-toelagen worden samengebracht en kunnen praktijken in de zorgregio van deze diensten gebruik maken door gerichte verwijzing of door het partieel inschakelen in de eigen praktijkwerking.

- **Modaliteiten van het programma**

Via een transparante en eenvoudige procedure dienen de "chronische zorg patiënten" te worden gedefinieerd die hiervoor in aanmerking komen. Het meest eenvoudige is het **0/1 puntenstelsel**: GMD patiënten die binnen de gekozen lijst van chronische condities vallen worden gedefinieerd, evt. vanuit RIZIV gegevens (IMA), en hun aantal wordt per praktijk gecontroleerd en van ruis en fouten ontdaan. Een als "1" gescoorde chronische patiënt kan meerdere chronische condities hebben. Opgeteld geeft het aantal chronische patiënten aanleiding tot een overeenkomstige ASSISTEO-praktijktoelage.

De geëngageerde huisartspraktijk kiest een contractuele vorm waarmee de chronische zorgverpleegkundige in het zorgteam wordt opgenomen. Zowel voor type A, in de huisartspraktijk als voor type B, in netwerk met het LMN van de zorgregio worden een aantal typecontracten met aangepaste financieringsmodaliteiten aangeboden.

- **Doelpopulatie voor praktijkondersteuning chronische zorg**

Iedere huisartspraktijk, ongeacht de vorm, staat voor de belangrijke uitdaging om een antwoord te bieden t.a.v. het groeiend aantal patiënten met multi-morbiditeit. Om deze reden **dienen tenminste 3, en idealiter 5 duidelijk omschreven chronische condities te worden beschouwd**. In de eerste plaats wordt gedacht aan **patiënten met gedefinieerde diabetes, chronisch obstructief longlijden en/of een hoog-risico cardiovasculair profiel, na goede definiëring idealiter aangevuld met een chronisch mentale conditie zoals depressie en kwetsbare ouderen**.

De inclusieparameters worden deskundig gedefinieerd¹. Bijvoorbeeld voor patiënten met diabetes, COPD en/of ernstig cardiovasculair risico gaat dit over wetenschappelijke criteria van bloedwaarden, longfunctiemeting en/of een complexe cardiovasculaire risicobepaling. Voor ernstige depressie en kwetsbare ouderen gaat het over langdurig gebruikte antidepressiva, en/of over een complexe kwetsbaarheidsschaal.

Om de betrokken populatie te omschrijven worden duidelijke procedures gekozen. In principe beschrijft de huisarts de populatie die binnen deze criteria in aanmerking komt in zijn/haar (elektronisch) patiëntenbestand, eventueel geholpen door een algoritme gedefinieerd op basis van RIZIV- IMA gegevens. Ofwel wordt op basis van dit algoritme een

¹ De meest eenvoudige manier lijkt het hanteren van een aantal indicatoren die systematisch via IMA kunnen worden ontsloten, naar analogie van de methodiek die in het KB van 23.04.2013 wordt beschreven bij de vaststelling van de zorgnoden van een verzorgde populatie. De huisartspraktijk krijgt dan een brede populatielijst, waarin hij/zij op basis van klinische kennis ruis en fouten verwijdt.

chronische zorgpopulatie per zorgregio omschreven en is deze de vertrekbasis voor de betrokken praktijken.

In alle geval zal de grootte orde van de populatie het aantal FTE bepalen dat voor praktijkondersteuning chronische zorg ter beschikking wordt gesteld.

- **Opvolging en evaluatie**

Een dergelijk innovatief programma dient nauwkeurig te worden opgevolgd, wetenschappelijk geëvalueerd en bijgestuurd. De overheidsinstantie die deze taak op zich neemt dient zich te richten zowel op de operationalisering van de kwaliteitsverbetering (dewelke het doel is van dit initiatief), als de vele randvoorwaarden die het slagen zullen ondersteunen of verhinderen, met inbegrip van de performantie van de informaticatechnologie die als een cruciale randvoorwaarde wordt beschouwd.

Het Academisch Platform Chronische Zorg is zich ervan bewust dat dit voorstel een grote innovatie betekent. Eens de keuze politiek is vastgelegd, kunnen voor de eerste drie (3) voorgenoemde chronische condities de procedures en de zoekalgoritmes intensief worden uitgewerkt voor een opstart tegen het najaar van 2014. Voor de twee (2) andere chronische condities is nog meer overleg en concretisering nodig. Deze kunnen aanvullend worden uitgewerkt tegen het najaar van 2015.

Referenties

1. Curry N and Ham C (2010) *Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes*. London: The King's Fund. Available at: http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical_and_service.html.
2. Ham C and Walsh N (2013). *Making integrated care happen at scale and pace. Lessons from experience*. London: The King's Fund. Available at: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/making-integrated-care-happen-scale-and-pace>.
3. Borgermans, L., et al., *Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project*. BMC Health Serv Res, 2009. **9**: p. 179.
4. De Maeseneer J, R.R., Demarzo M, Heath I, Sewankambo N, Kidd M, et al. *Tackling NCDs: a different approach is needed*. Lancet, 2011(Sep 5).
5. Kyriacou, C. and F. Vladeck, *A new model of care collaboration for community-dwelling elders: findings and lessons learned from the NORC-Health Care linkage evaluation*. Int J Integr Care, 2011. **11**: p. e017.
6. Organization., P.A.H., *Integrated health service delivery networks. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas.*, P. Washington DC, Editor 2011.
7. Starfield, B., *Challenges to primary care from co- and multi-morbidity*. Prim Health Care Res Dev, 2011. **12**(1): p. 1-2.
8. Tsiachristas, A., et al., *Towards integrated care for chronic conditions: Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers*. Health Policy, 2011. **101**(2): p. 122-32.
9. Elissen, A.M., et al., *Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes*. J Eval Clin Pract, 2012.
10. Glasby, J., *Key lessons from integrated care in Europe*. Int J Integr Care, 2012. **12**: p. e149.
11. Leichsenring, K., *Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions*. Int J Integr Care, 2012. **12**: p. e150.
12. Nuno, R., et al., *Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCF Framework*. Health Policy, 2012. **105**(1): p. 55-64.
13. Dugoff, E.H., et al., *Setting standards at the forefront of delivery system reform: aligning care coordination quality measures for multiple chronic conditions*. J Healthc Qual, 2013. **35**(5): p. 58-69.
14. Thomas, B. and L.O. Gostin, *Tackling the global NCD crisis: innovations in law and governance*. J Law Med Ethics, 2013. **41**(1): p. 16-27.
15. Borgermans, L., et al., *A theoretical lens for revealing the complexity of chronic care*. Perspect Biol Med, 2013. **56**(2): p. 289-99.
16. World Health Organisation. *Integrated health Services-what and why? Technical Brief N°1*. May 2008.
17. De Maeseneer J, B.P., *James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity*. Br J Gen Pract, 2012. **Jul;62(600):e522-4**.
18. Europe., R., *National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots*. 2012.

19. Strandberg-Larsen, M., *Measuring integrated care*. Dan Med Bull, 2011. **58**(2): p. B4245.
20. Somme, D. and M. de Stampa, *Ten years of integrated care for the older in France*. Int J Integr Care, 2011. **11**(Spec 10th Anniversary Ed): p. e141.