

## SYMPOSIUM

# Toekomstgerichte organisatie van antistollingszorg

Een voorbeeldcasus uit de Gelderse Vallei

Geachte deelnemer,

Ten eerste danken wij u voor uw interesse in ons symposium. Het is belangrijk om initiatieven te ontplooiën in Nederland om de antistollingszorg in elke regio toekomstbestendig te maken. Dit is niet eenvoudig en er is tijdsdruk. In dat kader hebben we onze ervaringen gedeeld op 20 juni 2017 om u te inspireren maar ook om u en uw regio concrete ideeën te bieden hoe dit te organiseren. Er zijn veel initiatieven in verschillend stadium.

De presentaties van dit symposium zijn bijgaand verzonden. Daarnaast was er de gelegenheid om aan achterliggende documenten te komen door in de 'winkelstraat' dit aan te geven. Wie dit te kennen heeft gegeven kan deze uiterlijk 14 juli verwachten.

Voor wie alsnog in aanmerking wil komen van deze informatie, kan dat door het apart bijgesloten aanvraagformulier retour te zenden aan [suc7@xs4all.nl](mailto:suc7@xs4all.nl) (Gijs Tenthof, kwartiermaker AGV). Om welke informatie gaat het en tevens een terugblik op de presentaties.

## 1. Draagvlak creëren



*Een aantal leden van het AGV-team worden hier tijdens het symposium geïnterviewd over hun reden tot deelname. Van links naar rechts: Evert-Jan de Kruijf: Internist-Hematoloog in ZGV, lid CTH (Commissie Trombose Hemostase); Henk van Teeffelen, CTD (Cliëntenraad Trombose Dienst); Harm Geers: Openbaar apotheker te Bennekom; Ronald Hendrikse, medisch directeur Huisartsen Gelderse Vallei; Qudrat Alikhil, kaderhuisarts HVZ te Veenendaal; Remy Bemelmans: Vasculair internist in ZGV en voorzitter CTH; Corine van Kampen: Klinisch chemicus in ZGV en lid CTH; Jörgen Rovers: Neuroloog in ZGV en lid CTH; Frank den Hartog: Cardioloog in ZGV (Ziekenhuis Gelderse Vallei); Ron van 't Land, Directeur TD en lid CTH*

In veel regio's leven er ideeën om (verder) in actie te komen. Hierbij is het essentieel om transmuraal draagvlak te krijgen voor het initiatief. Het bouwen aan een gemeenschappelijke missie en visie op de antistollingszorg vanuit de hele keten is dan belangrijk. Ook de zorgverzekeraars willen weten in hoeverre plannen kans tot implementatie maken als het gaat om hun ondersteuning. Hiervoor kijken ze wie er mee doen in dit project en vanuit welk mandaat.

We zijn het symposium gestart met enkele interviews over de motivatie tot deelname. In de 'winkel' in het 2<sup>e</sup> deel kon worden ingetekend op een kleine notitie waarin 9 leden van het AGV-team vier vragen hebben beantwoord:

1. Reden tot deelname
2. Zorgen bij de start
3. Adviezen aan anderen
4. Meerwaarde nu na twee jaar

Hieruit kunt naar ons idee argumenten halen om ketenpartners uit 2<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn te enthousiasmeren om aan te sluiten. Kijk in elk geval als kartrekker over uw eigen positie en belangen heen, maar zoek het belang in de goede zorg voor de patiënt (in de toekomst). Domein denken als 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn lijken hier kans van slagen in de weg te zitten. Bij aanvang zitten zorgen vaak op dit punt en zijn er vragen over de meerwaarde. Bovendien sluit een denkwijze vanuit de patiënt meer aan op VBHC (Value Based Health Care) en triple aim. Concepten die weer door de zorgverzekeraars zijn omarmd.

## 2. Ontwerpen van een visie document (innovatieplan en beeldend plan)

Bij de start van het AGV waren 2 prioriteiten gesteld: een transmuraal regioprotocol en op zoek naar structurele financiering voor het AGV. Voor dit laatste aspect zijn we in de regio gaan werken aan een innovatieplan. In onze informele contacten met verschillende zorgverzekeraars werd van hun kant al aangegeven dat dit nodig is voor een eventuele volgende stap. Liefst natuurlijk ook met cijfers (Business Case) onderbouwd.

Het innovatieplan is begin 2016 geschreven waarbij duidelijk werd dat we te weinig mogelijkheden hadden voor een Business Case. Op dat punt was wel van belang dat we over data beschikten om het cijfermatige effect door te rekenen van het optreden van meer of minder events. Deze info bleek interessant bij de zorgverzekeraars en hebben we dus ook opgenomen in ons innovatieplan. Het innovatieplan betrof veel tekst waardoor vanuit ons AGV-team de wens kwam om het wat meer beeldend te maken. Daarvoor is het 'beeldend plan' ontworpen. Hierin staat ook een idee wat het AGV over een aantal jaren kan gaan doen.

Ron van 't Land heeft op het symposium veel aandacht besteed aan het concept van substitutie 2.0. Vanuit dit concept komt de regie niet meer bij een traditionele partij (en domein) maar bij het AGV. Bij de bespreking met de zorgverzekeraars VGZ en Menzis in september 2016 bleek juist dit concept beiden sterk aan te spreken. Het sluit vooral aan op de middellange termijn ontwikkelingen in de zorg(-financiering). Dat er daarvoor nog veel moet gebeuren bij alle stakeholders illustreerde Ron met het SIRM rapport over 'schotten in de zorg'.

In dat kader geven zorgverzekeraars ons ook aan om hun vroeg te betrekken bij dergelijke initiatieven zodat zij bv. tijdig intern kunnen gaan werken aan het wegnemen van schotten. Maar datzelfde geldt natuurlijk voor andere ketenpartners op dit dossier; Vooral het loslaten van denken in 2<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn (financiering) en eigen belang! In lijn hiermee kregen we in september 2016 support van VGZ en MENZIS voor het verder ontwikkelen van de Business Case. Andere zorgverzekeraars zijn ook benaderd, vonden het interessant, willen graag op de hoogte blijven maar laten het aan de dominante zorgverzekeraar over om e.e.a. uit te werken. Met MENZIS hebben we uiteindelijk zeer constructief en open samengewerkt!

In uw regio wilt u mogelijk ook een plan schrijven om ketenpartners en stakeholders als de zorgverzekeraar enthousiast te krijgen. Op het symposium kon daarvoor worden ingetekend op ons 'innovatieplan' en ons 'beeldend plan'. Hier kunt u vast ideeën opdoen voor uw eigen plan. Het is vast bespreekbaar als u passages wilt gebruiken. Hiervoor kunt u contact met ons opnemen.

### 3. Het AGV-regioprotocol

Aan de hand van een vier praktijk casussen (tijdens de interviews bij de start kwam zelfs een zeer vergelijkbare casus van die dag naar voren) liet Remy Bemelmans zien hoe het protocol hier behulpzaam bij gaat zijn. In het protocol zijn de richtlijnen van de diverse beroepsgroepen samengebracht en is bovendien de LSKA 2.0 meteen meegenomen.

Het startmenu heeft de titel 'kerstboom' en de kruispunten waarop geklikt kan worden hebben dan ook de bijnaam 'kerstballen' (ontstaan tegen de kerst in 2015). In 2015 is een voorzichtige start gemaakt met het vullen van de content. Dit is niet eenvoudig (soms tegenstrijdige protocollen, soms nauwelijks info) en vooral ook tijdrovend. Met zicht op de 'Kerst' 2016 waren er dan ook nog maar enkele ballen in de boom. Om dit te bewerkstelligen is gezocht naar mogelijkheden om dit proces te versnellen, bv. met financiële steun van de zorgverzekeraars. Uiteindelijk kon versnelling enkel bereikt worden door zelf te investeren met het risico dat de investering mogelijk niet terugkomt. De investering betrof het vrijmaken van 160 uren van redactieleden Remy en Ron en ICT-ondersteuning vanuit Portavita. Vanaf dat moment kon het proces sneller verlopen waardoor Remy een groot deel kon tonen op het symposium. Ook kunt u zelf een kijkje nemen in het regioprotocol met de 'kerstboom'. In de presentatie van Remy staan de inlog gegevens.

Dit regioprotocol zou ook goed bruikbaar zijn in andere regio's, bijvoorbeeld uw regio. Natuurlijk moet het op maat gemaakt worden in uw eigen regio. Het idee is dat het protocol beschikbaar komt per 1 januari 2018. Het kan tegen een nog te bepalen investering worden overgenomen. Op het symposium lieten al heel wat aanwezigen hun handtekening achter om van deze mogelijkheid op de hoogte te blijven. We verwachten september – oktober hierover meer inzicht te hebben en zullen hierover dan bericht geven aan deze groep geïnteresseerden.

Als u in uw regio gestart bent of wilt starten kan dit regioprotocol bij uitstek helpen om stappen te zetten. Inhoudelijk bestaat vrijwel bij iedereen de behoefte aan meer afstemming en het beschikken over transmurale gedragen protocollen. De verplichting is er ook om de LSKA te implementeren ([voorbeeld waar igz op kan letten](#)). Met dit protocol zet u versneld stappen en vervult u behoeften.

### 4. De Business Case

Het is een bekend gegeven dat de zorgverzekeraars naar wegen tot substitutie zoeken. Dit kan gaan over substitutie van duurdere naar goedkopere zorg met behoud van kwaliteit in het zelfde domein (bv. welke DOT opent de cardioloog, is de duurste altijd nodig?). En al lang wordt gewerkt aan substitutie van de 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>e</sup> lijn (met behoud kwaliteit). Zowel MENZIS als VGZ gaven ons aan hier graag meer over te weten willen komen met de Business Case. Naast deze twee substitutie mogelijkheden was ook de wens t.a.v. de mogelijkheden voor case finding.

In deze Business Case (BC) hebben we ons beperkt tot enkel de substitutie vanuit 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>e</sup> lijn. Dit bleek niet zo eenvoudig. Er waren heel wat aannames nodig om toch tot een uitvoerbare maar daardoor minder betrouwbare berekening te komen.

Bas Verhagen Christel Robben (beiden Menzis) hebben de uitkomsten en betekenis in hun presentatie gedeeld. In hun dia's leest u de voornaamste uitkomsten die aanleiding geven tot een vervolg. Duidelijk werd wel hoe verdeeld de (te weinig in aantal) respondenten op de 'survey monkey enquête' de mogelijkheid van substitutie inschatten (zie de spreiding in de antwoorden). Ook de gevolgen ingeschat bij klassieke substitutie en substitutie 2.0 worden divers ingeschat, weliswaar wordt het concept substitutie 2.0 als beter (minder events, meer patiënt tevredenheid) ingeschat. Hierdoor geldt als uitkomst voor deze (beperkte) BC dat klassieke substitutie zonder waarborgen van bv een AGV /

Regionaal Antistolling Centrum (RAC) kostenverhogend (en vermijdbaar leed bij de patiënten) en wordt ingeschat dat bij substitutie 2.0 dit positief is voor de (regionale) kosten en tevredenheid van de patiënt.

Een belangrijk deel van het onderzoek is uitgevoerd door 2 HAN-studenten als afstudeeropdracht (ze zijn beiden geslaagd met afgerond een 7 en een 8!; dit zijn hoge scores / boven gemiddeld hebben we begrepen!). Op beide afstudeeropdrachten kon worden ingetekend evenals op het vervolg. Er zal begin september een samenvatting beschikbaar komen die ingezet gaat worden voor het vervolgtraject. In dit traject willen we bv de vragen van de enquête aanscherpen en draagvlak voor een veel grotere respons stimuleren.

## 5. Hoe zijn we hier gekomen

Een van de meest lastige fases om tot een dergelijk transmuraal initiatief te komen is de opstart. In deze fase zijn enkele kartrekkers nodig om in de regio de andere ketenpartners enthousiast te maken. Vanuit de cardiologie (Frank den Hartog) en de trombosedienst (Ron van 't Land) zijn al eind 2014 proefballontjes opgelaten en is ook de Raad van Bestuur van het ziekenhuis enthousiast gemaakt. In het ziekenhuis is een actieve commissie Trombose en Hemostase waar ook dit idee gedeeld is. Cardiologie en Trombosedienst werkten al vroeg samen (N/DOAC en VKa). Ook waren er vanuit de regiotafel in het verleden lijntjes naar ketenpartners in de 1<sup>e</sup> lijn. Ron deelde al vroegtijdig zijn plannen met de zorgverzekeraars met daarbij de wens deze innovatie ook financieel mogelijk te maken. Daardoor ontstonden mogelijkheden om een onafhankelijk kwartiermaker (platform RIT, Gijs Tenthof) in te schakelen voor de procesmatige ondersteuning. En veel later dus medewerking voor de BC (met name MENZIS).

Voorafgaande aan de eerste vergadering zijn door de kwartiermaker interviews gehouden met de (eerste) leden van het AGV. Hierin konden verwachte hobbels ter tafel komen evenals motivatie tot deelname. Deze zijn met elkaar op het eerste overleg gedeeld (evenals het mandaat) en tevens is gestart met een missie, visie en formuleren van acties / prioriteiten. Hierdoor werd het een gezamenlijk initiatief waarbij het als meerwaarde werd gezien dat de bijeenkomsten geleid werden door een onafhankelijke kwartiermaker. De keuze voor deze start van het overleg, meer gericht op procesmatige succesfactoren dan inhoud, werd later ook vanuit het NIVEL (Nikki Damen, auteur onderzoek 'twee voorbeeld casussen in Nederland') teruggekoppeld als succesfactor. Te snel wordt er vaak op de inhoud ingegaan (afstemming protocollen ed.) zonder een hoger kader (het waarom en hoe zit iedereen daar in). In de presentatie van Gijs is een dia met de hoofdonderwerpen op de vervolgvergaderingen (3-maandelijks). Ook is gewerkt aan het verder betrekken van ketenpartners (ook als agenda lid) waaronder de cliëntenraad. Dit alles maakt het tot een breder initiatief wat bijdraagt aan draagvlak en ook de kans op implementatie vergroot. Ook is steeds gewerkt aan het bijpraten van de zorgverzekeraars over de ontwikkelingen. Het nemen van financieel risico om het regioprotocol versneld inhoud te geven, was een zeer belangrijke stimulator. Het laat goed zien dat het partijen ernst is hier iets aan te doen. Bewust is gekozen om pas naar buiten te komen als duidelijk was dat we ook 'wat te melden hadden'. Dat is dus op 20 juni 2017 gebeurt. Op het symposium kon worden ingetekend op publicaties over handvatten voor de procesmatige aanpak.

## Dank

Hierbij wil graag alle sprekers bedanken voor hun inzet, het ziekenhuis Gelderse Vallei voor hun ondersteuning en gastvrijheid om dit symposium tegen lage kosten mogelijk te maken.

In de komende maanden gaan we dus verder. Heeft u nog vragen, suggesties, opmerkingen? Welkom op [suc7@xs4all.nl](mailto:suc7@xs4all.nl), Gijs Tenthof, kwartiermaker AGV, 0629401104.