

DOORONTWIKKELING CHRONISCHE ZORG

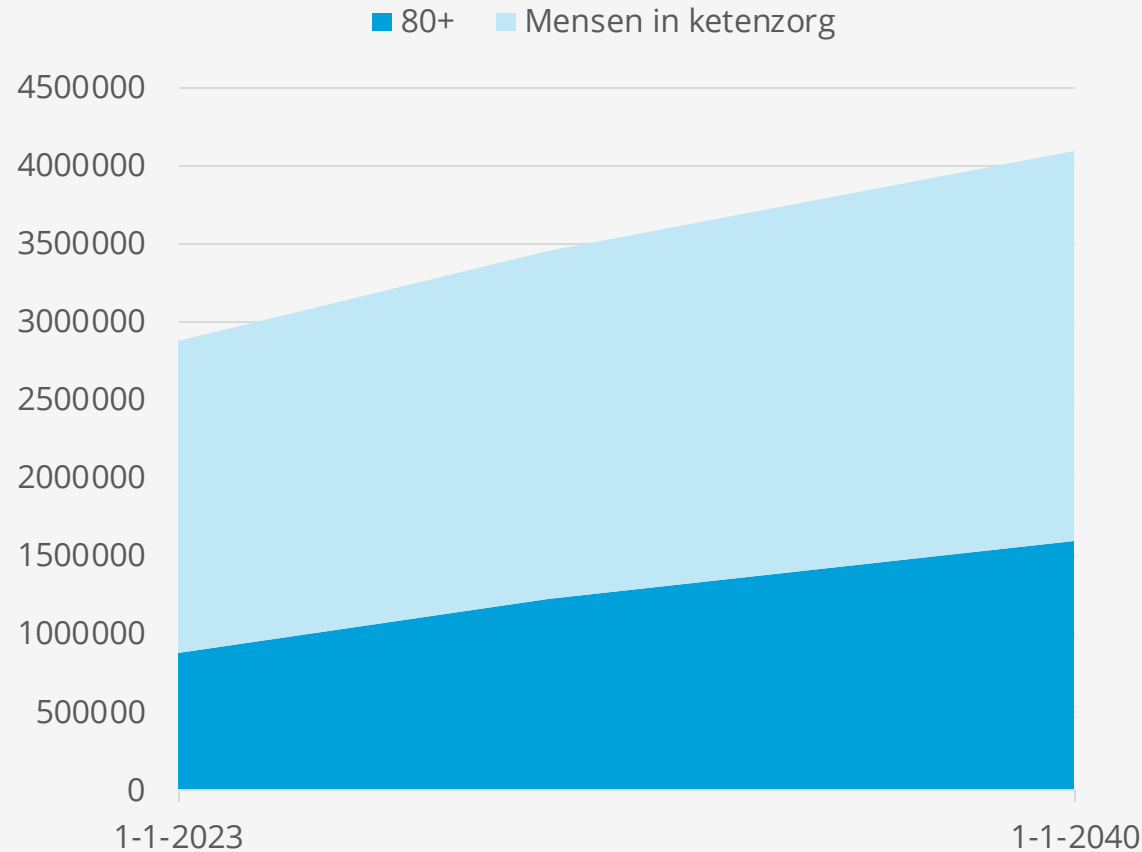
CONTEXT

- [Denkraam integratie zorgprogramma's \(2020\)](#)
- [Inventarisatie \(2023\)](#): RHO's hebben vooral stappen gezet op de denkraam-thema's:
 - Scholing (bijv. positieve gezondheid)
 - Verbinding met sociaal domein en leefstijlinitiatieven
 - ICT
- Herontwerp van de ketenzorg blijft in veel regio's vooralsnog uit
- Afgelopen 5-10 jaar: sterke toename regio's met zorgprogramma ouderen

DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELING TOT 2040

Verwachting 2040:

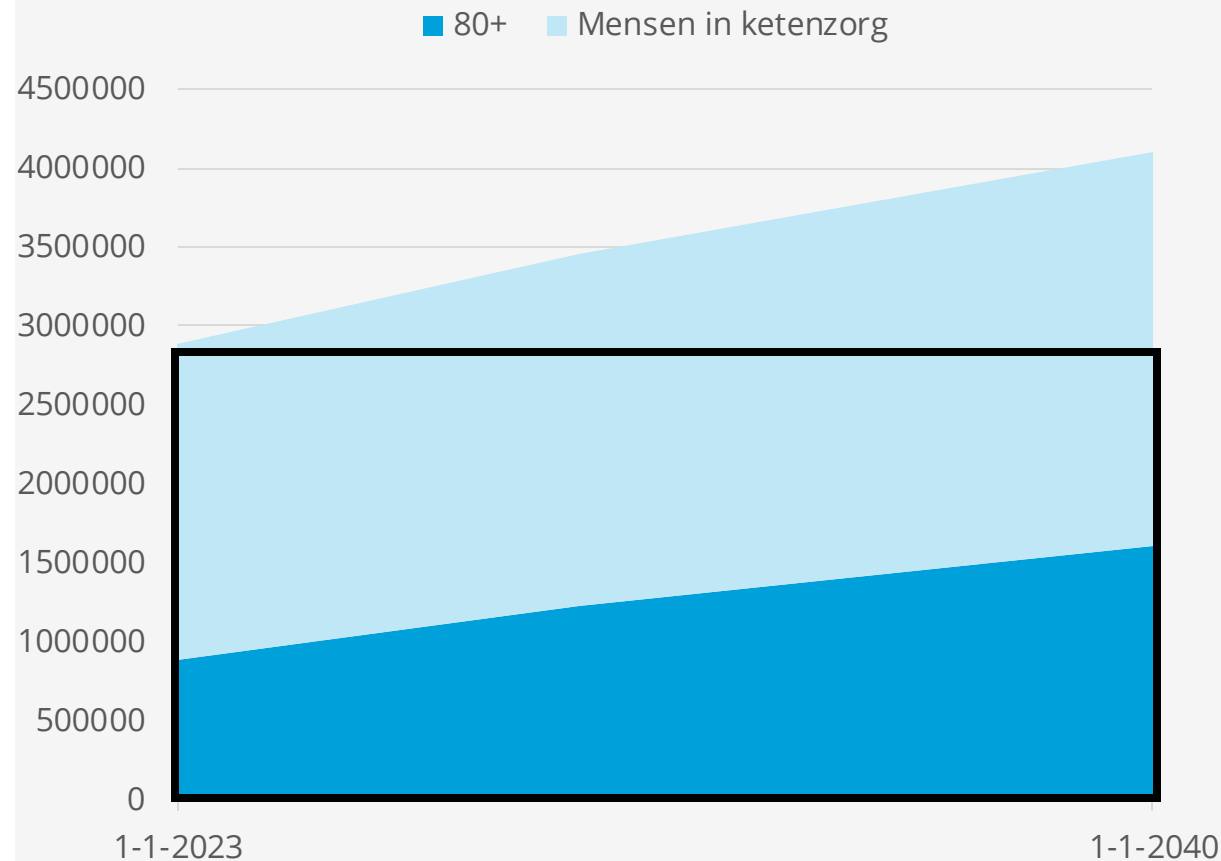
- + 1,2 miljoen mensen die chronische zorg nodig hebben
- 720.000 mensen van 80+, een groot deel heeft waarschijnlijk regelmatig huisartsenzorg nodig
- 485.000 mensen met een aandoening binnen de huidige ketenzorg



CAPACITEIT HUISARTSENZORG

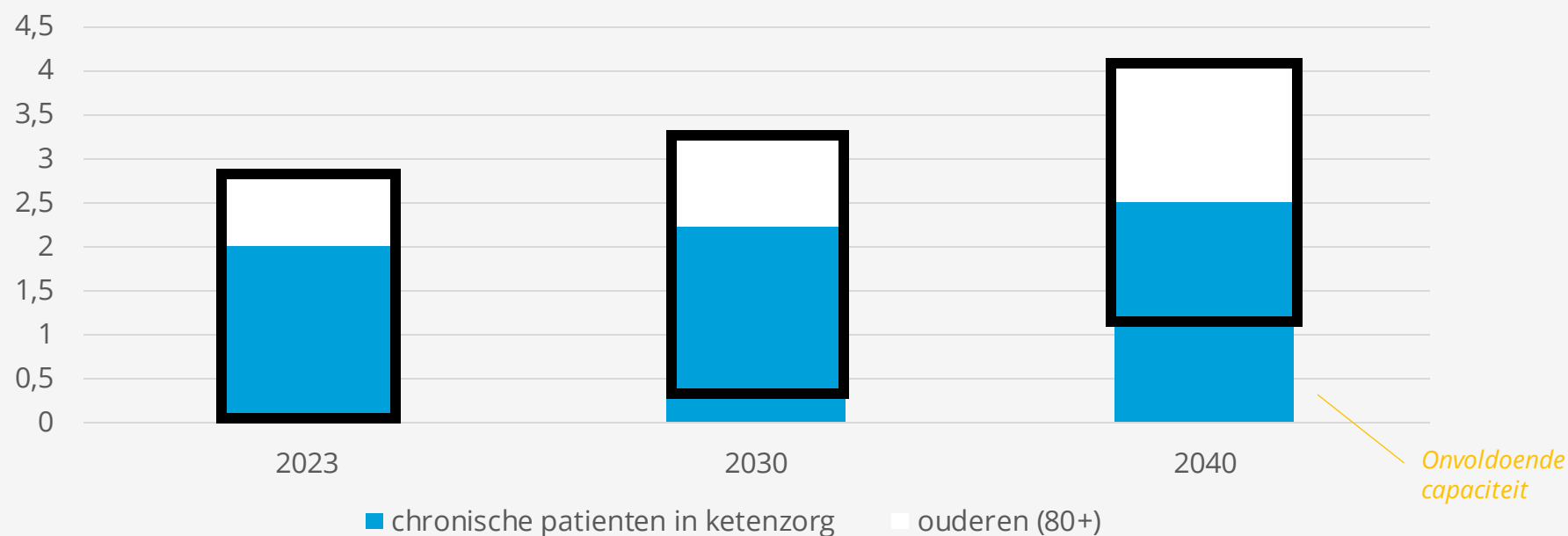
Ervan uitgaand dat het aantal professionals en de middelen gelijk blijven, schiet de capaciteit voor chronische zorg snel tekort als deze op de huidige manier wordt voortgezet.

Zwart kader geeft een gelijkblijvende capaciteit aan



VERSCHUIVING IN CASEMIX

Bij gelijkblijvende capaciteit (zwart kader) vindt er een verandering plaats van de casemix. Van de bestaande capaciteit zal een groter deel moeten worden ingezet voor kwetsbare ouderen gezien hun zorgvraag, ten opzichte van de ketenzorg. Dit vraagt ook om andere competenties.



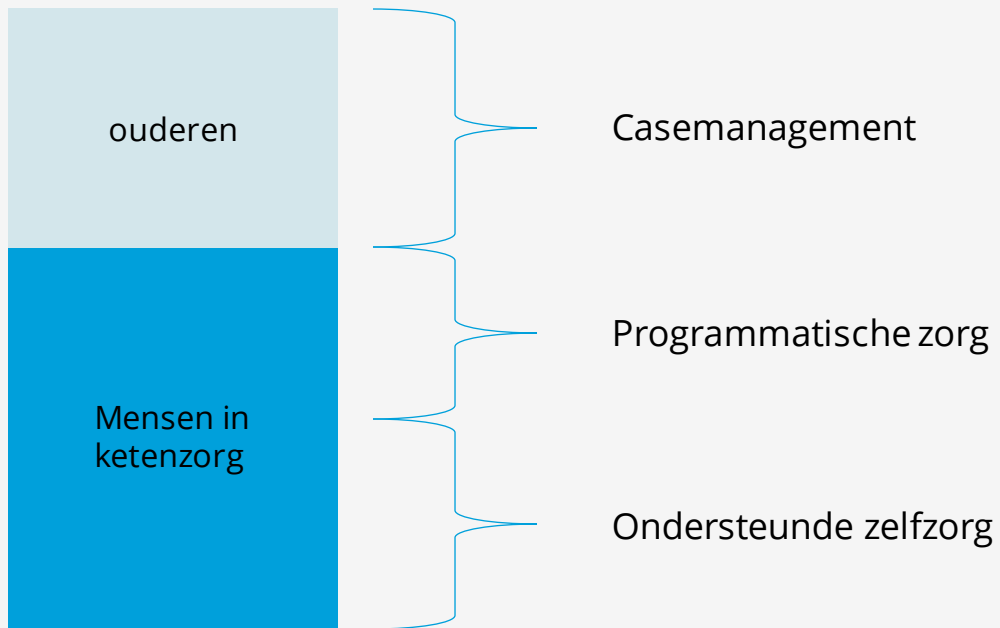
CHRONISCHE ZORG IN DE EERSTE LIJN

Programmatistische zorg voor specifieke aandoeningen

- Gestandaardiseerde zorg op basis van zorgstandaarden
- Regie bij zorgprofessional
- Concrete behandeldoelen
- Kwaliteitsinformatie
- Gedelegeerde zorg

Casemanagement bij (kwetsbare) ouderen

- Monitoring en ondersteuning van patiënt en mantelzorger, casemanagement wordt uitgevoerd door een vaste zorgverlener
- Meerdere hulpverleners betrokken bij de zorg

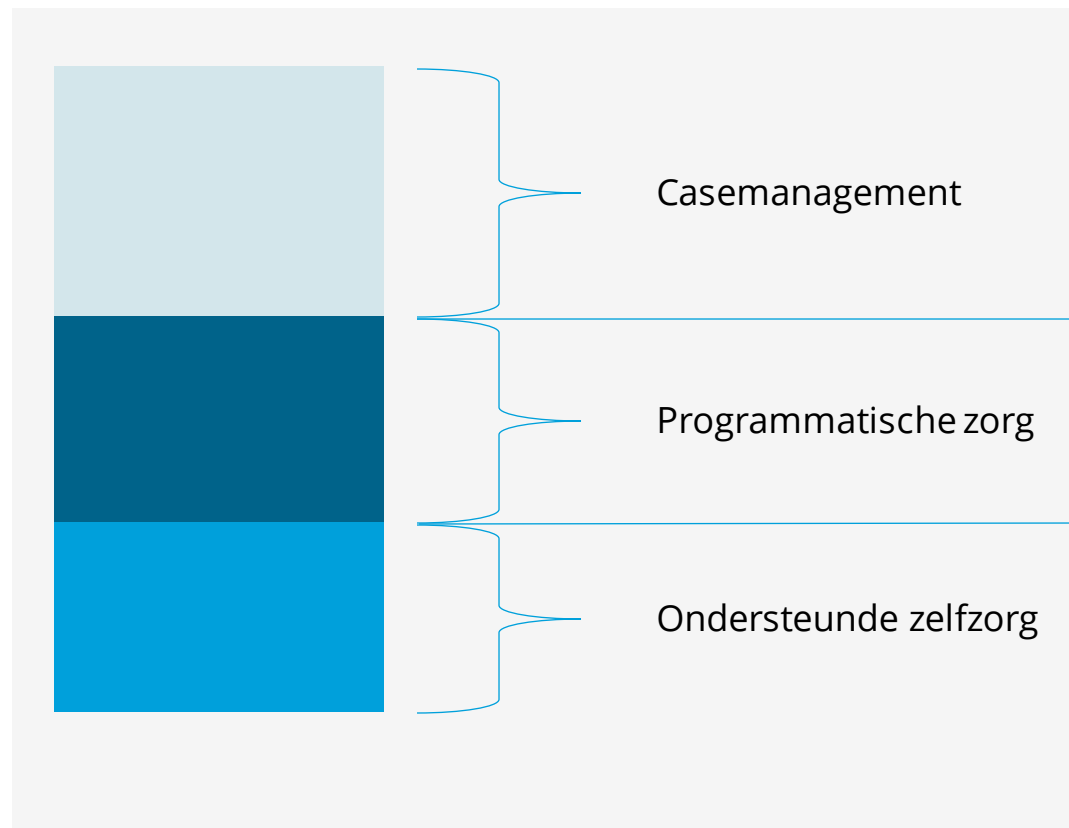


DIFFERENTIATIE

- Op dit moment bepaalt de aandoening of men in aanmerking komt voor ketenzorg en is er gestandaardiseerde zorg. Naar verwachting heeft niet iedereen dit gestandaardiseerde aanbod nodig om tot goede uitkomsten te komen.
- Om de groeiende groep mensen van chronische zorg te blijven voorzien is het nodig om te differentiëren tussen patiënten. Bijvoorbeeld op basis van zorgzwaarte, gezondheidsvaardigheden, het netwerk en/of de wensen van de patiënt kan een inschatting worden gemaakt wat iemand nodig heeft.
- Dit betreft vaak casemanagement, programmatistische zorg of zelfzorg. Met ondersteuning van digitale middelen.
- Dit zal betekenen dat niet iedereen met dezelfde aandoening dezelfde (hoeveelheid) zorg meer krijgt in de praktijk

BESTAANDE INTERVENTIES

Er zijn **regionaal** al veel interventies vanuit de zorg en het sociaal domein, bijvoorbeeld:



Doorontwikkeling chronische zorg

Zorg	Sociaal
• Zorgprogramma's ouderen • MTVP • Digitale gegevensuitwisseling • Hechte (wijk)teams	• Welzijn op recept • Voorzorgcirkels / burger-initiatieven • Digitale hulp door bibliotheken
• (Tele)monitoring • Verpleegkundig specialist op wijkniveau	• Herstelcirkels • Leefstijlaanbod
• Zelfmonitoring • Digitale vragenlijsten • Groepsconsulten • GLI	• Leefstijlaanbod • Aanbod bij apotheken

InEen

AANSLUITING OP DE VISIE OP EERSTELIJNS ZORG



Passende voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn

Hoe organiseren we dit binnen de doorontwikkeling van de chronische zorg?



Betere benutting van capaciteit binnen de eerstelijnszorg en ruimte voor optimaler organiseren van taken

Moet specialistische kennis op wijkniveau worden ingezet in plaats van op praktijkniveau? Is er plaats voor regionale zorg?



Passende eerstelijnszorg, met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar van meerwaarde digitaal ondersteund

Hoe zorgen we voor passende zorg? Kan differentiatie hierin ondersteunen? Hoe kan je op een goede manier differentiëren?

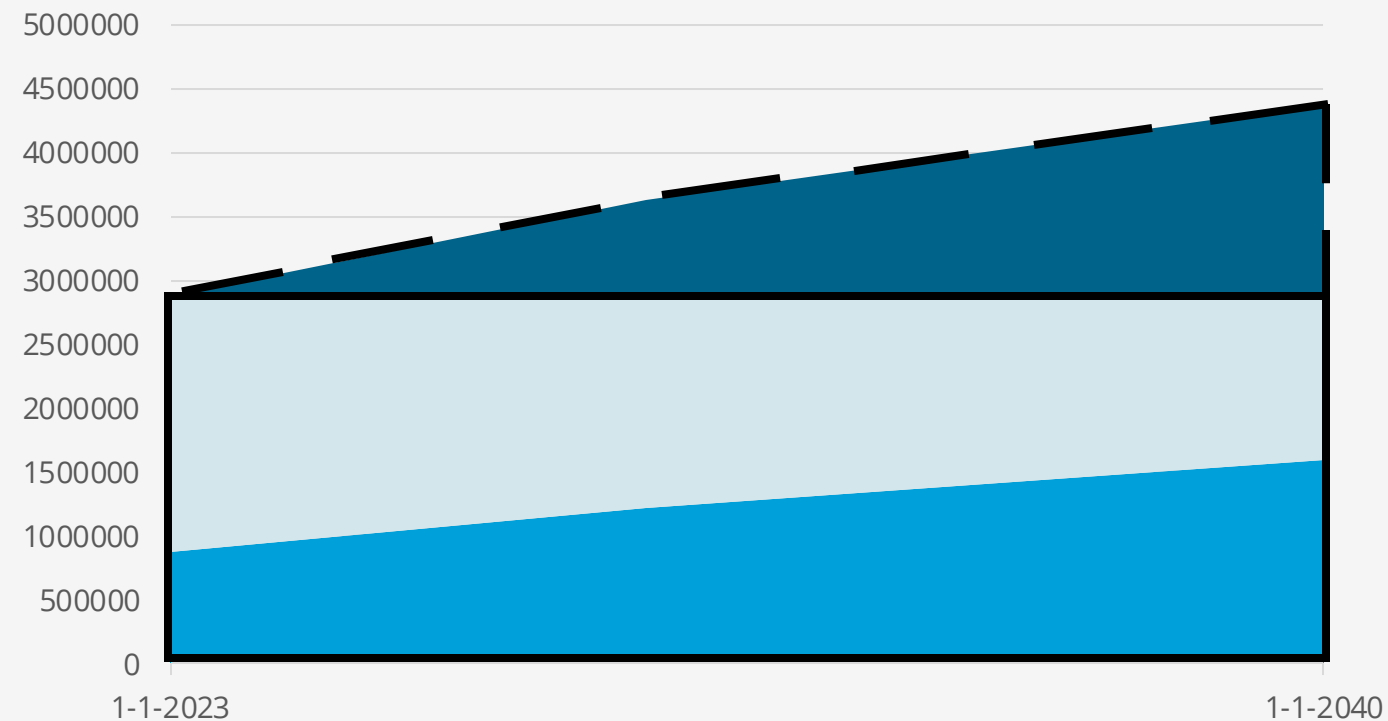


Hechte samenwerking in de wijk tussen professionals, zodat er proactief kan worden ingespeeld op gezondheidsproblemen

Hoe kan hechte samenwerking in de wijk ook efficiënt worden ingezet voor mensen met chronische aandoeningen?

BEWEGING

■ casemanagement ouderenzorg ■ mensen in huidige ketenzorg ■ ondersteunde zelfzorg



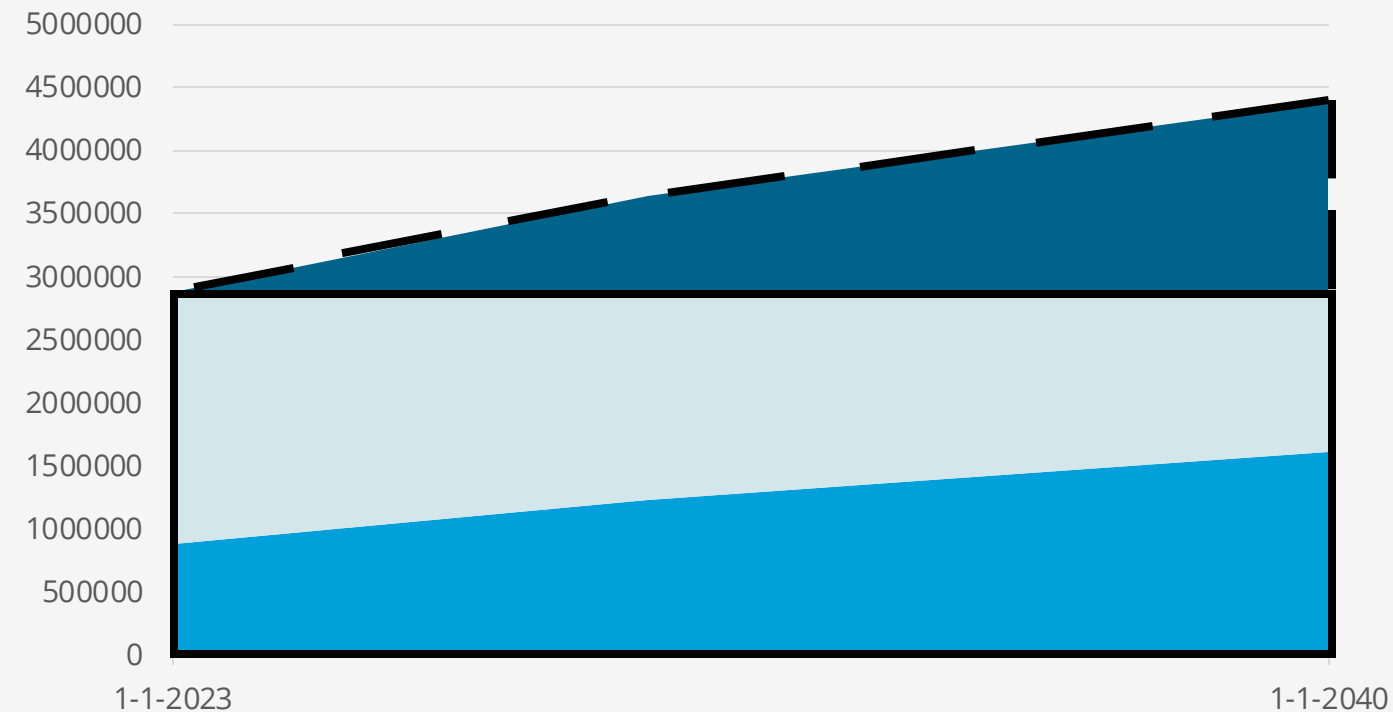
- Meer mensen met chronische aandoeningen worden geholpen met zelfzorg
- Minder mensen ontvangen de huidige gestandaardiseerde programmatische zorg
- Meer mensen hebben case-management nodig als gevolg van vergrijzing

INTERVENTIES PER GROEP

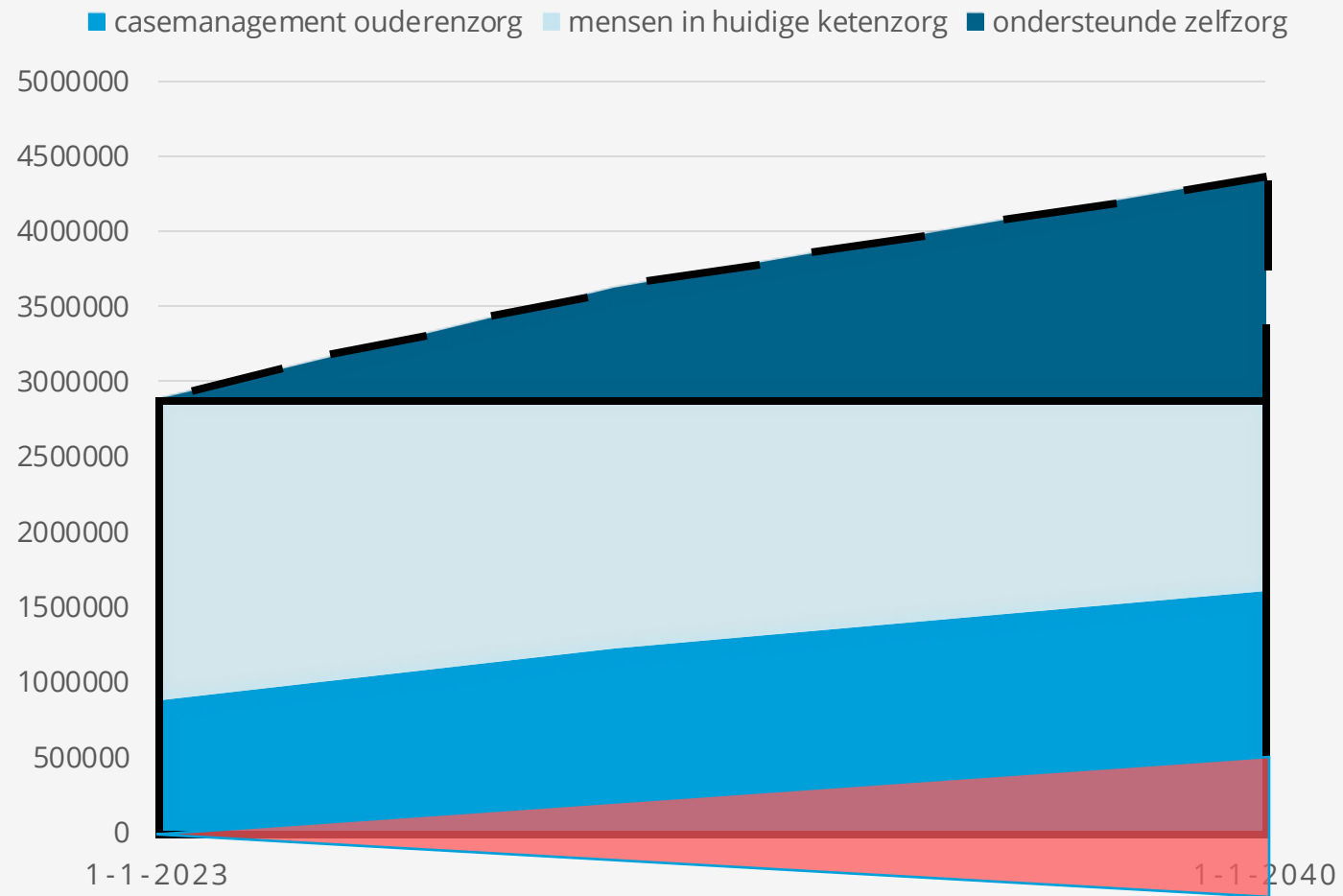
Interventies die benodigde capaciteit beperken:

- Zelfmetingen
 - Zelfmonitoring
 - Digitale vragenlijsten
 - Groepsconsulten
-
- (Tele)monitoring
 - Verpleegkundig specialist op wijkniveau
-
- Zorgprogramma ouderen (handreiking kwetsbare ouderen)
 - Welzijn op recept
 - MTVP
 - Digitale gegevensuitwisseling

■ casemanagement ouderenzorg ■ mensen in huidige ketenzorg ■ ondersteunde zelfzorg



MEER KWETSBAREN



Meer kwetsbaren kunnen baat hebben bij casemanagement vanuit de praktijk, zoals:

- LVB/VG-patiënten
- mensen met multimorbiditeit
- Chronische GGZ
- palliatieve patiënten

Voor hen bestaan nu geen structurele zorgprogramma's. In de toekomst zouden deze groepen in de chronische zorg betrokken kunnen worden.

ZORGVERZEKERAARS

- Signalen vanuit zorgverzekeraars:
 - Twijfel of programmatische zorg past in de lijn van persoonsgerichte en digitale zorg.
 - Toegevoegde waarde wordt te weinig aangetoond.
 - Vragen vanuit de zorgverzekeraars over de toekomst van ketenzorg.
- Gevolg:
 - Neerwaartse druk op tarieven.
 - Inclusiecriteria worden aangescherpt.
 - Exclusie uit de ketenzorg wanneer men in ouderenzorg wordt geïncorporeerd.

Daarom:

- In gesprek met zorgverzekeraars om de benodigde verandering(en) met voldoende comfort voor de implementatie/uitvoering te realiseren.
- Inzet: totale budget van multidisciplinaire zorgbekostiging (S2) moet minimaal gelijk blijven om de transitie mogelijk te maken

SAMENVATTING

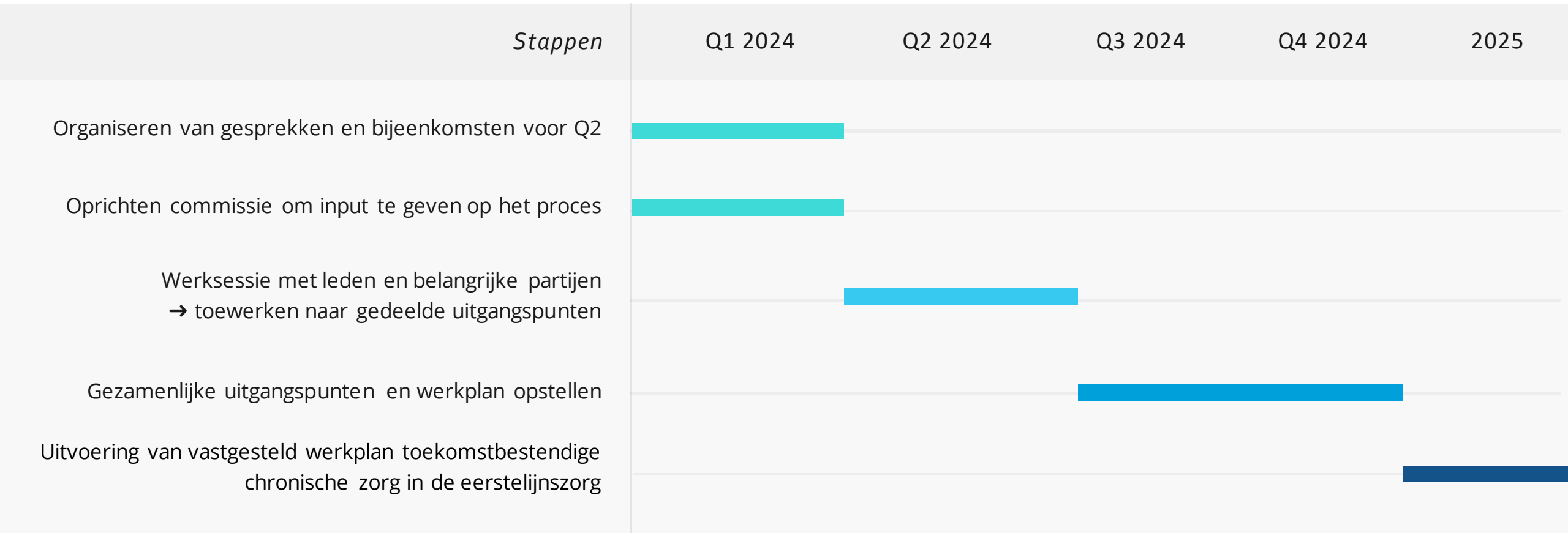
- Door de toename van het aantal chronisch zieken en kwetsbare ouderen staat de chronische zorg in de eerste lijn onder druk
- Dit neemt flink toe richting 2040
- Naar verwachting groeien personeel en middelen niet mee

Beweging chronische zorg:

- Efficiënte samenwerking in het netwerk om toename in vraag naar casemanagement op te vangen
- Differentiatie (bijv. op zorgzwaarte/vaardigheden) tussen patiënten in de ketenzorg
- Inzet op interventies om de benodigde capaciteit te beperken, met een belangrijke rol voor verschillende digitale en sociale interventies per groep.

VERVOLGPROCES

Tijdlijn





ineen
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN