



Notulen Themamiddag FMCC

Datum: 13 april 2010
Aanwezig: Noortje Bauwens (Zwolle), Susan van den Bergh (Eindhoven), Bierens (Zwolle), Willem Bogstra ((Sneek), Bert Brouwer (Drachten) Patricia Dirksen (Maasstad), Carla Eikhout (Dokkum) Hans Fiolet (Maastricht), Lia van Haaren (Eindhoven/veldhoven, Ans Hendrikx (Helmond), Patricia Janssen (Tiel), Marten de Jonge (Amersfoort), Alja Keij (Gelderse Vallei), Loes Meijer (vz FMCC), Mariëtte Oostindiër (Eindhoven/veldhoven), Marjolein Tamboer (Gelderse Vallei), Gerda Vermeer (Leeuwarden), Hans ten Voorde (Dordrecht), Pieter van Wijk (Venlo), Dirk Wijkel (Geldrop)

Ochtendprogramma: **thema: digitaal verwijzen**

Uitgenodigd zijn: FMCC leden, belangstellenden, ZorgDomein coördinatoren, huisartsen en ziekenhuizen
Gespreksleider: dr. Hans Fiolet
Gasten: Rianne Quak, directeur ZorgDomein

Aanleiding

Om 9.30 opent Hans Fiolet (als ochtendvoorzitter) de themadag van de FMCC. Het ochtendgedeelte van de themadag is gewijd aan "digitaal verwijzen" (met ZorgDomein) Op de vergadering van de FMCC van november 2009 zijn ervaringen van huisartsen, ziekenhuizen en MCC'a m.b.t. digitaal verwijzen met de applicatie ZorgDomein uitgewisseld. Conclusie van deze eerste inventarisatie was dat digitaal verwijzen met ZorgDomein ons veel heeft gebracht, maar dat bij de borging en doorontwikkeling van de applicatie ZorgDomein bij participanten organisatorische problemen en knelpunten met de leverancier worden ervaren. N.a.v. deze FMCC bijeenkomst is afgesproken de ervaringen met digitaal verwijzen breder te inventariseren om vervolgens een brainstormende bespreking met ZorgDomein vertegenwoordigers te organiseren.

Resultaten van de inventariserende enquête:

De respons van FMCC leden was 40% (10/25) en van de aangeschreven ZorgDomein coördinatoren 33% (8/24). De respondenten geven aan dat bijna 95% betrokken is bij digitaal verwijzen, waarvan 14 (78%) met ZorgDomein en 3 (17%) anders). Bijna driekwart van de respondenten geven aan in de borgingsfase van hun projecten m.b.t. digitaal verwijzen te zitten, onafhankelijk van het aantal jaren men reeds digitaal verwijst.

Als meerwaarde van digitaal verwijzen wordt genoemd (meerdere antwoorden mogelijk):

- Transparantie in verwijzen 14 (78%)
- Implementatie van werkafspraken 11 (61%)
- Optimalisatie van patiëntenlogistiek 12 (67%)
- Inzage in verwijsgedrag 9 (50%)

Opmerkingen:

- Actuele informatie over verwijsmogelijkheden
- LGF/LFZ wordt positief ervaren

Onafhankelijk van hoelang men al digitaal verwijst of in welk fase van de implementatie men zit, ervaart men knelpunten met digitaal verwijzen. Knelpunten worden zowel bij de interne organisatie ervaren als in contacten met de leverancier ZorgDomein:

- Verwijsapplicatie wordt door samenwerkingspartners niet ten volle benut 7 / 18
- NHG vertaling naar ZD: 6 / 18
- Hoe worden wensen gebruikers opgepakt? 4 / 18
- Huisartsen kant is dominant bij ontwikkelingsrichting 9 / 18
- Landelijke vs regionaal aanbod 8 / 18
- Driehoek HA, ZKH en ZD 4 / 18

Door de respondenten worden de navolgende wensen m.b.t. doorontwikkeling van de applicatie ZorgDomein geformuleerd:

- 1e lijns diagnostiek + digitaal orderen
- Richting ketenzorg
- Regionale differentiatie van de verwijfsboom
- Tweezijdigheid van ZD: heen en retour berichten
- Patiënteninfo koppelen aan ZKH systeem
- Integratie met on-line afspraken maken
- Integratie met Verwijskompas
- Uitbreiding met andere verwijzers (tandartsen, verloskundigen, RIAGG etc)
- Koppeling ZD met eigen ZIS / EPD
- Verplichte velden echt verplicht maken
- Aanvullende info wensen

Naar aanleiding van de terugkoppeling van de enquête resultaten ontspint zich in de vergadering een discussie m.b.t. het focus dat in het brainstormende gesprek met Rianne Quak (ZorgDomein) moet worden aangebracht. Leden van de vergadering geven aan dat het sterke punt van de verwijfsapplicatie ZorgDomein is dat er een koppeling bestaat tussen de verschillende HISS-en en ZorgDomein en dat het ziekenhuis het als een concurrerende factor begint te beschouwen als het niet op ZorgDomein is aangesloten. Daarnaast geven leden van de vergadering aan dat er weinig alternatieven zijn voor ZorgDomein. 70% van de verwijzingen met ZorgDomein zijn nog altijd reguliere verwijzingen, waarbij de huisarts geen voorbereidende handelingen hoeft te verrichten. Men ervaart derhalve dat er weinig toegevoegde waarde is m.b.t. de samenwerkingsafspraken die ten grondslag liggen aan het ZorgDomein systeem.

Voorstel vanuit de vergadering is om met Rianne Quak te bespreken dat ZorgDomein een instrument is om de samenwerking tussen huisarts en specialist tot stand te brengen / te optimaliseren; waarbij o.a. een pregnant wens is om de verwijfsboom regionaal te kunnen differentieren.

Na de koffiepauze is Rianne Quak van ZorgDomein aanwezig bij de vergadering. De resultaten van de inventariserende enquête worden voor haar samengevat om vervolgens de discussie te kunnen toespitsen op de meerwaarde van digitaal verwijzen en de generiek ervaren knelpunten van de vertaling van de wensen en behoeften vanuit het "veld" gecombineerd met een doorblik naar het ontwikkelingsperspectief van de firma ZorgDomein.

Rianne Quak geeft aan dat ZorgDomein een verwijfsinstrument is en in haar ogen geen samenwerkingsinstrument. Met ZorgDomein verwijft de huisarts gestructureerd naar het ziekenhuis en/of doet hij aanvragen voor teleconsultatie. De basis van een verwijzing is de samenwerking / samenwerkingsafspraken tussen huisarts en ziekenhuis, waarin ZorgDomein applicatie een relatie legt tussen de logistiek van het verwijzen en de complexiteit van de medische verwijzing. M.a.w. de verwijfsmodule ZorgDomein heeft de wereld tussen huisarts en ziekenhuis explicieter gemaakt. Kracht van ZorgDomein is de koppeling met HISS-en die de voor de verwijzing gewenste gegevens digitaal kan doorsluisen naar het ziekenhuis. Wens van diverse gebruikers is om het ZorgDomein systeem wederkerig te maken. Specialisten kunnen de verwijzing nu alleen als naslagwerk gebruiken.

Marten de Jonge (Amersfoort) vraagt of ZorgDomein ook de retourberichten tot haar taakopvatting rekent. Rianne Quak geeft aan dat in MCHaaglanden expresretourberichten zijn ontwikkeld, waarbij per specialisme afspraken zijn gemaakt over de vorm, inhoud en frequentie van de berichten. Deze berichten worden in een EDIFACT format via lokale netwerken naar de huisartsen verstuurd.

Vanuit de vergadering wordt gevraagd hoe ZorgDomein zich verder ontwikkelt. Rianne Quak geeft aan dat ZorgDomein een viertal ontwikkelingsmogelijkheden kent, waarbij leidmotieven uniformiteit en verantwoordelijkheid nemen zijn:

- Autonoom (bijv. gestoeld op nationale wetgeving: BSN nummer toevoegen aan enveloppe gedeelte van de verwijfsbrief)
- Marktontwikkeling (bijv. wensen van verschillende veldpartijen)
- Vragen vanuit ziekenhuizen met een landelijke implicatie.
- Individuele doorontwikkeling (gebaseerd op SLA of via een offerte traject)

Door middel van het Landelijk Gebruikers Forum (huisartsen) en het Landelijk Ziekenhuis Forum (specialisten) worden prioriteiten gesteld aan de wensen en behoeften vanuit het veld, waarna ZorgDomein een projectplanning/tijdsplanning maakt.

Carla Eikhout (Dokkum) vraagt hoe combinatieafspraken met voorbereidende handelingen van huisartsen + aanvullende informatie daaruit zich verhoudt tot de HASP brief in ZorgDomein. Zij ervaart dat de gewenste aanvullende informatie lang niet altijd via de verwijfsbrief conform HASP standaard meekomt. Rianne Quak geeft aan dat er een koppeling is tussen werkafpraak en de "verplichte" informatie die mee moet komen in de HASP brief; d.m.v. "verbijzonderingen" op de HASP verwijfsbrief zou je dit beter kunnen vormgeven.

Vanuit de vergadering is ook de wens naar voren gekomen voor het kunnen aanvragen van 1e lijnsdiagnostiek inclusief het digitaal orderen aan ziekenhuiskant.

Rianne Quak geeft aan dat 1e lijnsdiagnostiek aanvragen via ZorgDomein al heel lang kan en dat nu alleen het aanvragen van laboratorium onderzoek daaraan wordt toegevoegd. De huisarts kan 1e lijnsdiagnostiek ook via een zelf ingesteld favorieten menu aanvragen. Naar smaak van huisartsen genereert het aanvragen van röntgendiagnostiek te veel informatie vanuit het HIS.

Binnen ZorgDomein worden drie technieken gebruikt om 1e lijnsdiagnostiek aan te vragen:

- Via de verwijfsmodule een e-mail bericht
- Labmodule via HL7 berichten (probleem gericht aanvragen mogelijk)
- X-HTML berichten (kunnen plaatjes bevatten)

Welk type bericht gebruikt wordt is afhankelijk van het doel, het berichtenvolume en de gewenste mate van flexibiliteit.

Als derde onderwerp komt de driehoeksverhouding huisarts, ziekenhuis en de leverancier ZorgDomein ter sprake. Rianne Quak geeft aan dat ZorgDomein een onafhankelijk platform is voor de dienstverlening aan huisartsen en mede daarom heeft gekozen voor landelijke uniformiteit (lees een landelijke verwijfsboom) Vanuit de ziekenhuiskant wordt opgemerkt dat het contentbeheer van ZorgDomein complexer wordt met het toevoegen van multidisciplinair zorgaanbod; bijv. "incontinentie" zorgaanbod wordt aangeboden onder urologie, gynaecologie en multidisciplinaire poli's. Hands Fiolet memoreert dat het daarbij lijkt alsof ZorgDomein meer oog heeft voor de huisartsenkant van de verwijfsapplicatie dan voor de ziekenhuiskant. Rianne Quak geeft aan dat via het Landelijk Ziekenhuis Forum hier al aandacht voor is gevraagd. ZorgDomein heeft veel energie gestoken in de koppeling met de HISS-en, maar dat blijven trage processen.

In de professionaliseringslag is het de bedoeling om tijdens een intern strategisch overleg binnen ZorgDomein te komen tot een prioritering van wensen en behoeften welke landelijke ter toetsing wordt voorgelegd. projectmatig zullen deze wensen en behoeften dan gerealiseerd gaan worden. Bijv patiëntinformatie koppelen aan de HASP brief staat op de ontwikkelagenda evenals medicatieveiligheid (2011). (dit n.a.v. een vraag vanuit Sneek waarom de actuele medicatie na 3 maanden verdwijnt in de historie van een HIS en derhalve niet meer meekomt in de verwijfsbrief).

Kernboodschap van ZorgDomein is dat zij het wenselijk vinden om samen op (te blijven) trekken in het doorontwikkelen van de verwijfsapplicatie en het realiseren van wensen en behoeften uit het veld.

Loes Meijer vraagt wanneer en hoe een wens vanuit het veld wordt opgepakt. Hierop vraagt Rianne Quak om wensen vanuit deze groep toe te sturen aan ZorgDomein. Rianne Quak geeft aan dat ZorgDomein zich aan het professionaliseren is om het oppakken van wensen en behoeften uit het veld verder te stroomlijnen. Het principe is om klanten zo goed mogelijk te blijven informeren en met hen te blijven communiceren.

Middagprogramma

thema: Cardio Vasculair Risicomanagement i.r.t. ketenzorg

Aanwezig: Noortje Bauwens (Zwolle), Susan van den Bergh (Eindhoven), Bierens (Zwolle), Carla Eikhout (Dokkum) Hans Fiolet (Maastricht), Ans Hendriks (Helmond), Patricia Janssen (Tiel), Marten de Jonge (Amersfoort), Loes Meijer (vz FMCC), Mariëtte Oostindier (Eindhoven/Veldhoven), Peter Rijsman (Amersfoort), Guy Schulpen (Maastricht), Gerda Vermeer (Leeuwarden), Pieter van Wijk (Venlo), Dirk Wijkel (Geldrop)

Uitgenodigd zijn: FMCC leden, HA accountmanagers en belangstellenden
Voorzitter: Loes Meijer (voorzitter FMCC)

Lia Donkers (directeur MCC Midden Holland): "*Ketenzorg; verschillende modellen*"
(zie presentatie FMCC website)

Lia Donkers geeft een presentatie over de verschillende modellen van ketenzorg zoals recent ook gepubliceerd in Medisch Contact en in het boek Ketenzorg. Kern van haar betoog is dat het adagium van de NMA is dat er ten principale geen partners binnen een keten/netwerkorganisatie mogen worden uitgesloten. Daarnaast moet een keten-/netwerkorganisatie zowel op bestuurlijk niveau als op management en uitvoerend niveau als keten-/netwerkorganisatie zijn/worden ingericht.

Keten-/netwerkorganisatie is in haar definitie een samenwerkingsverband dat zich kenmerkt door **semi-stabiele relaties tussen autonome organisaties**. Door gebruik te maken van elkaars **kerncompetenties en specifieke positionering** ontstaat er meerwaarde voor de **gezamenlijke klantenkring**.

In haar presentatie geeft ze verschillende ketenmodellen weer:

1. Zorg opeenvolgend: goede transfers ~ estafetteploeg
2. Zorg gelijktijdig: goed samenspel
 - 2a Voorspelbare zorg: protocoluitvoering o.l.v. hoofdbehandelaar ~ toneelstuk
 - 2b Wisselende zorg: situationele acties aangevoerd door behandelend arts ~ voetbal

Presentatie van Guy Schulpen (Maastricht)

N.a.v. de presentatie ontspint zich een discussie waarbij Guy Schulpen (Maastricht) bepleit dat je kernonderdelen van ketens zou moeten bouwen die voor meerdere indicatie/multidisciplinaire zorgpaden geschikt zijn: bijv. hypertensie module die kan worden ingepast in Diabetes, CVRM en COPD.

De huidige 1e lijnsketen DBC zijn nog niet transmuraal alhoewel daar wel een 2e lijns consultaire component in is opgenomen.

Hans Fiolet merkt op dat met de invoering van ketenzorg programma's/ 1e lijns DBC er een paradox optreedt.

Neem bijv. de diabetes: 90% van de diabetes zorg wordt geleverd door de 1e lijn, 10% door de 2e lijn. De prestatie indicatoren in beide groepen gaan omlaag omdat er complexere diabetes patiënten onder behandeling komen in de 1e lijn, terwijl in de 2e lijn de meest complexe patiënten "achterblijven"

Naar mening van Hans Fiolet zou er een ontwikkeling moeten komen naar een integrale DBC.

Presentatie van Peter Rijsman (Amersfoort) (presentatie op de FMCC website)

Kern van zijn boodschap was dat er een overheid is die ketenzorg entameert, dat de direct betrokkenen zoals patiënten en zorgverleners deze zorg willen bieden, maar dat de zorgverzekeraars niet bereid zijn deze zorgvorm te faciliteren/financieren.

Vanuit de vergadering wordt gememoreerd dat Integrale bekostiging van chronische ziekten een beleidsregel is van de NZA. Dat betekent dat het geen keuze is van de zorgverzekeraars of ze eraan willen meewerken, maar een opdracht. De zorgverzekeraar kan hooguit het proces vertragen. Binnen de LVG speelt thans de discussie hoe we de zorgverzekeraars hierop gaan aanspreken. Complicerende factor is dat we nu op basis van een financiële prikkel gaan doen wat we volgens de NHG standaarden al sinds de 70-er jaren hadden moeten doen. Echter van NHG standaard naar het leveren van ketenzorg vraagt een extra inspanning en dus tijdsinvestering van de huisarts die een integrale bekostiging c.q. ketenzorg rechtvaardigen.

Presentatie Gerda Vermeer (Leeuwarden) (presentatie op de FMCC website)

Het CVRM ketenzorg programma in Leeuwarden is opgebouwd uit modules van (reeds bestaand) werkafspraken gebaseerd op de NHG richtlijnen en samenkomend in een preventiepolikliniek voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Onderliggende werkafspraken zijn CVRM, Hypertensie en Perifeer Arterieel Vaatlijden.

Stelling van Gerda Vermeer is dat ketenzorg alleen mogelijk is bij aandoeningen waarbij de (prestatie)indicatoren kunnen worden uitgedrukt in getallen.

Presentatie van Dirk Wijkel (Zuidoost Brabant) (presentatie op de FMCC website)

Binnen de regio Zuidoost Brabant is middels een regionale werkgroep waarin alle disciplines vertegenwoordigt waren een RTA CVRM tot stand gekomen. Kern van de RTA is een CVR polikliniek in alle 2e lijns voorzieningen. Binnen de regionale werkgroep wordt als knelpunt ervaren dat een CVR poli niet strookt met de integrale bekostiging/ 1e lijns DBC en is er tussen de beroepsgroepen discussie over het traject na een CVR-event. Oplossing is een pilot CVRM zorgprogramma.

Vanuit de vergadering ontspint zich een discussie waarin Hans Fiolet stelt dat een CVR-poli in de 2e lijn een relatief gekunsteld model is om de CVR zorg in de 2e lijn in stand te houden. In zijn ogen is de kern van de problematiek dat CVRM in de 1e lijn vnl. gebaseerd is op leeftijds geïndiceerde interventies in de eigen leefomgeving die voor iedere DBC /groep zijn uitonderhandeld met de zorgverzekeraars. Terwijl CVRM in de 2e lijn een medisch inhoudelijk product is welke collectief binnen alle andere DBC's wordt uitonderhandeld. Daarnaast wordt gesteld dat we in Nederland "gek" worden van de kookboek geneeskunde met zijn transparantie en getallen ziekte. Naar mening van Hans Fiolet en Peter Rijsman zouden we gewoon de standaarden moeten naleven en een verbeterplan moeten opstellen per 10 "slechtste"patiënten. Vraag is dan wat zijn de leerfactoren voor de huisarts in zijn professioneel handelen en dat in een integrale context overbrengen.

Niet praten over preventie maar over predictie: wat voorspelt of een interventie zin heeft (naar analogie van de oncologie; welke genexpressie bepaalt of een medicijn effect zal resorteren)

Naar aanleiding van de intensieve discussies n.a.v. de verschillende presentaties voelt de vergadering geen behoefte meer aan een plenaire discussie en wordt de FMCC themadag afgesloten met een gezamenlijke borrel.