

NHG-LEIDRAAD

Virtuele overlegtafel voor multidisciplinair samenwerken binnen de eerste lijn



nederlands huisartsen
genootschap

INHOUD

Samenvatting aanbevelingen	3
1. Context	5
2. Visie NHG: ICT-netwerk voor multidisciplinair samenwerken	6
3. Focus van deze NHG-leidraad	7
Definities virtuele overlegtafel en multidisciplinair samenwerkingsplatform	7
4. Samenwerken op een virtuele overlegtafel	8
5. Gewenste functies van een virtuele overlegtafel	10
5.1 EPD-functies	10
5.2 Communicatiefuncties	12
5.3 Patiëntfuncties	13
5.4 Rapportage en verantwoording	13
5.5 Regie- en coördinatiefuncties	14
5.6 Financiële en administratieve functies	14
6. Andere aandachtspunten	15
6.1 Generiek	15
6.2 Functionele integratie en interoperabiliteit	15
6.3 Informatiebeveiliging	15
6.4 Nog meer puzzels	15

SAMENVATTING AANBEVELINGEN

In deze NHG-leidraad zijn verschillende aanbevelingen gedaan die noodzakelijk zijn voor de eerste stappen bij de uitvoering van een virtuele overlegtafel in de praktijk. De focus van deze leidraad is primair gericht op het ondersteunen van de zorgverleners. De nationale koepels van zorgverleners zouden de aanbevelingen moeten oppakken. Ook zijn een aantal aanbevelingen gedaan richting deelname van de patiënt aan een virtuele overlegtafel. Deze aanbevelingen zouden moeten worden opgepakt door de koepels voor patiënten en zorgverleners.

- Bij het aanmelden van een patiënt bij de wijkverpleging is het noodzakelijk dat de wijkverpleegkundige van tevoren op de hoogte is van de thuissituatie en de vraag van de verwijzer, huisarts of specialist ouderengeneeskunde. Daarvoor is een samenvatting met afgesproken informatierubrieken geschikt. Deze kan digitaal met informatie uit het EPD van de huisarts worden opgesteld. [formele communicatie; blz. 12]
- In het zorgproces kunnen misschien nog meer formele communicatiemomenten worden herkend. Die zijn nu nog niet duidelijk. Het is van belang om af te spreken welke informatie op die momenten van belang is om te communiceren en/of te delen. [formele communicatie; blz. 12]
- Voor asynchrone communicatie zijn in andere domeinen al voorbeelden beschikbaar, bijvoorbeeld met gebruik van open source tools. De kennis die daarin is opgedaan zou voor de zorg kunnen worden uitgewerkt. [formele communicatie; blz. 12]
- Het is mogelijk dat verschillende gebruikers van het platform behoefte hebben aan verschillende presentaties van de informatie. Dit zou moeten worden onderzocht. [presentatie; blz. 11]
- In de tweede lijn bestaat ook behoefte aan een dergelijk overzicht. Bij verwijzing of gedeelde zorg is het zaak dat de medisch specialist ook op de hoogte is van de lijst met betrokkenen. [lijst betrokkenen; blz. 14]
- Patiënten met een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) kunnen eigen gegevens vastleggen en via de virtuele overlegtafel delen met de betrokken zorgverleners. Over wat in deze situatie relevant is, moeten nog afspraken worden gemaakt. [Patiëntfuncties; blz. 13]
- Wellicht kunnen speciale ‘vertaalinstrumenten’ op het platform de medische termen begrijpelijk maken. Of is er relevant (gepersonaliseerde) voorlichtingsmateriaal verzameld. [Patiëntfuncties; blz. 13]
- Indien gewenst heeft de mantelzorg ook toegang tot het multidisciplinaire samenwerkingsplatform.¹ Uiteraard alleen met toestemming van de patiënt. Vooralsnog gaat het om inzage in dezelfde informatie als de patiënt kan inzien. [Patiëntfuncties; blz. 13]

¹ De patiënt zou hierbij autorisatie moeten verlenen aan die mantelzorgers. Wat betreft mantelzorgers moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden over toegang, toestemming en autorisaties. Hierover wordt bij Zelfzorg Ondersteund nagedacht. Daarbij is er consensus dat de autorisatie voor inzage door zorgverleners niet beïnvloedbaar moet zijn.

- Patiënten en mantelzorgers hebben mogelijk behoefte aan een andere presentatie van de informatie op het multidisciplinaire samenwerking platform dan de zorgverleners. [Patiëntfuncties; blz. 13]

1. CONTEXT

Ambitie nummer één in de Toekomstvisie huisartsenzorg is: ‘De patiënt ontvangt zo veel mogelijk zorg in de eigen woonomgeving door maximaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de huisarts, samenwerking met andere zorgverleners in de eerste lijn en het stimuleren van zorginnovatie.’²

Deze ambitie vormt een uitdaging voor de huisartsenzorg. Het aantal chronisch zieken met meerdere aandoeningen neemt toe. Bestaande aanpakken, zoals disease management, zijn vooral gericht op één ziekte. Ook de vergrijzing neemt toe, terwijl verzorgingshuizen verdwijnen en de rol van verpleeghuizen verandert. Daarom is de trend voor deze patiënten om met eigen regie steeds langer zelfstandig te blijven wonen.

Tevens is het zorglandschap van de eerste lijn sterk aan het veranderen: van aanbod- naar vraaggericht, van geprotocolleerd naar persoonsgericht en van intra- naar extramuraal. We zien gezondheid niet meer als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren.³ Dit alles vraagt om multidisciplinaire samenwerking over grenzen van disciplines, lijnen, domeinen en organisaties heen.

Voor de huisarts betekent dit zorg leveren in samenwerking met een eerstelijns kernteam vanuit een integraal zorgnetwerk. Voor de ICT-ondersteuning betekent het dat het eerstelijns kernteam informatie met elkaar deelt en beheert over de (ICT-)grenzen van de organisaties heen. Daarbij is de inrichting van een virtuele overlegtafel in een regionaal samenwerkingsplatform noodzakelijk.

² NHG-LHV Toekomstvisie Huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht, 2012.

³ Definitie: positieve gezondheid van Machteld Huber (2012).

2. VISIE NHG: ICT-NETWERK VOOR MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN

In de visie van het NHG vereist de informatie-uitwisseling bij multidisciplinair samenwerken de inrichting van een virtuele overlegtafel in een regionaal samenwerkingsplatform.⁴ Alleen dan is het mogelijk om proactief, integraal en samenhangend zorg te verlenen. Multidisciplinair betekent namelijk niet alleen meerdere disciplines, maar ook meerdere organisaties waarin deze disciplines werken. Het delen van informatie bij multidisciplinair samenwerken vraagt om ondersteuning door een netwerkoplossing in plaats van communicatie tussen monodisciplinaire dossiersystemen.

Op een virtuele overlegtafel vinden én beheren betrokken zorgverleners de relevante informatie over hun gezamenlijke patiënt. Het gaat met name om informatie die relevant is voor de samenwerking, bijvoorbeeld samen het individueel zorgplan invullen en bijhouden. Een individueel zorgplan, waarbij de zorgvraag van de patiënt het uitgangspunt vormt, is een goed instrument voor multidisciplinaire samenwerking.

Daarnaast blijft elke hulpverlener de wettelijke plicht houden om een apart dossier per patiënt bij te houden. Voor multidisciplinair samenwerken kunnen bepaalde soorten informatie uit de monodisciplinaire dossiers ook relevant zijn. Daarom zijn samenvattingen uit de dossiers van verschillende zorgdisciplines ter inzage in de virtuele overlegtafel.

Actuele informatie over de patiënt en overzichtelijke inzage in relevante informatie stroomlijnen de samenwerking, verbeteren de kwaliteit van zorg en voorkomen ‘fouten’ door gebrek aan informatie of door verouderde informatie. Ook wordt de samenwerking zichtbaar voor alle deelnemers, waardoor verantwoordelijkheden expliciet worden afgesproken. Essentieel is dat een dergelijk platform goed geïntegreerd moet zijn met de XIS'en van alle betrokken partijen.⁵

⁴ [NHG visiedocument De virtuele overlegtafel bij multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn.](#)

⁵ Integratie op het niveau van informatie-uitwisseling, Single Sign On en presentatie, bijvoorbeeld als tabblad of knop in HIS.

3. FOCUS VAN DEZE NHG-LEIDRAAD

Deze NHG-leidraad richt zich op de multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. De implementatie steken we in op regionaal niveau; de kaders en standaarden op landelijk niveau.

Het beleggen van de implementatie op regionaal niveau heeft een aantal voordelen: motivatie om het voor elkaar te krijgen, kortere lijnen en men kent en vertrouwt elkaar.⁶ Landelijke kaders en standaardisatie zijn nodig om grote afwijkingen tussen de systemen te voorkomen, wat helpt bij een eventuele opschaling in de toekomst.

Uiteraard behoort betrokkenheid en samenwerking via het samenwerkingsplatform met de tweede lijn, de patiënt en mantelzorger(s) tot de ontwikkelmogelijkheden. Een kwart van de ziekenhuizen in Nederland heeft een patiëntportaal waar patiënten online inzage hebben in bijvoorbeeld uitslagen van hun laboratoriumonderzoek.

De ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) geeft een beweging aan in dezelfde richting. Een PGO is een digitaal hulpmiddel voor de patiënt om met zijn/haar behandelaren te communiceren, actuele gegevens over de zorg te raadplegen en eigen gegevens toe te voegen en te beheren.

Op termijn zullen deze ontwikkelingen convergeren. Voorlopig is het zaak om de multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn naar een hoger plan te tillen.

DEFINITIES VIRTUELE OVERLEGTAfel EN MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKINGSPLATFORM

Een virtuele overlegtafel is een set van functies waarmee een (eerstelijns) kernteam relevante en actuele informatie over de patiënt die nodig is bij de samenwerking, kan vastleggen, inzien, beheren en uitwisselen. Vergelijkbaar met het EPD deel van een HIS.

Het multidisciplinair regionaal samenwerkingsplatform is de toepassing waarin een virtuele overlegtafel functioneert.

⁶ www.rsonl.nl/home/over-ons

4. SAMENWERKEN OP EEN VIRTUELE OVERLEGTAfel

Bij één patiënt zijn vaak zorgverleners uit verschillende disciplines betrokken, zoals een wijkverpleegkundige, thuiszorgmedewerker, huisarts, praktijkondersteuner, specialist ouderenzorg, fysiotherapeut, ergotherapeut en apotheker. Bijvoorbeeld bij een oudere, nog thuiswonende patiënt met toenemende beperkingen door Parkinson.

De huisarts meldt de patiënt aan bij de betrokken intake-organisatie. Hij schetst de (medische) situatie van de patiënt en geeft aan welke problemen er op dit moment spelen. Bijvoorbeeld: de echtgenote van een oudere, thuiswonende patiënt met Parkinson is kostwinner en kan niet thuisblijven. Ze durft haar man niet meer alleen thuis te laten omdat hij een aantal keer is gevallen. Hij heeft moeite met zichzelf wassen en aankleden. De neuroloog heeft geen therapeutische opties meer.

Stel, de wijkverpleegkundige verzorgt de intake. De mantelzorger is daarbij aanwezig. De wijkverpleegkundige onderzoekt welke behoeftes de patiënt heeft en bespreekt de doelen met de patiënt. Zij leggen deze vast in een (voorlopig) individueel zorgplan (IZP). Daarin staan de doelen en welke zorg of ondersteuning daarbij past (zorgafspraken). De wijkverpleegkundige inventariseert meer dan alleen het medische, lichamelijke aspect. Dit gebeurt aan de hand van een intake-instrument. De intake gebeurt min of meer op een vaste manier. Het daaruit voortvloeiende zorgaanbod is persoonsgericht.

Wellicht wordt de patiënt tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) besproken. Daaruit komt een lijst voort van de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor deze patiënt (de lijst van betrokkenen). Een andere mogelijkheid is dat de organisatie die de intake uitvoert, vaststelt wie bij de zorg van de patiënt betrokken moeten zijn. Deze processen zijn per regio en per instelling anders.

De betrokkenen verdelen de verantwoordelijkheden, taken en acties die nodig zijn om de zorgdoelen te bereiken. Per actie worden een tijdpad en (tussentijdse) evaluatiemomenten afgesproken en in een definitief IZP vastgelegd.

Binnen het team wordt een casemanager (CM) aangewezen die het IZP beheert en het geheel van zorgafspraken coördineert en monitort bij deze patiënt. De andere betrokken zorgverleners hebben afgesproken rechten om rapportages toe te voegen en (delen van) het zorgplan aan te passen aan de actuele situatie.

Van het MDO wordt doorgaans een verslag gemaakt (MDO-verslag). Dit is van belang omdat de argumenten om iets (nu) niet te doen vaak net zo belangrijk zijn als de doelen die nu wel worden aangepakt.

Als de apotheker een medicatiebeoordeling (MBO) uitvoert, brengt hij daarvan verslag uit volgens een bepaald format (MBO-verslag). Dit is geïndiceerd bij een patiënt die meer dan 5-7 geneesmiddelen gebruikt. In het voorbeeld van de oudere patiënt met Parkinson met toenemende beperkingen en valneiging zijn met name mobiliteit en motoriek belangrijk om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Een goede instelling van de medicatie kan een steentje bijdragen.

Tijdens de dagelijkse zorg zijn de betrokken zorgverleners ogen en oren voor de andere zorgverleners. Zij signaleren het bijvoorbeeld als de patiënt slechter gaat praten of klaagt over slecht slapen. Zij delen dit via (mail)berichten met de andere betrokken zorgverleners. Of zij vragen specifiek een van de teamleden om hierop actie te ondernemen. Op deze manier blijft een signaal niet onopgemerkt, en kunnen afspraken worden gemaakt wie het vervolgt, oppakt of aanpakt. En belangrijker nog: de rest van het team is op de hoogte omdat zij de berichten ook kunnen inzien en volgen. Het IZP kan naar aanleiding van een dergelijk signaal worden aangevuld of aangepast.

Ook kunnen de betrokken zorgverleners de relevante en actuele professionele samenvattingen van de verschillende dossiers real time inzien. Daardoor:

- kunnen zorgverleners de informatie waarvoor zij verantwoordelijk zijn bijhouden in het eigen elektronisch dossiersysteem;
- is iedere betrokkene op de hoogte van de meest actuele informatie en eventuele aanpassingen;
- vindt er geen dubbele registratie plaats.

5. GEWENSTE FUNCTIES VAN EEN VIRTUELE OVERLEGTAfel

Multidisciplinair samenwerken betekent dat patiënten die voorheen binnen het eigen domein werden behandeld nu ook nog op een andere manier ‘in zorg’ zijn. Daarbij werken individuele zorgverleners in eigen XIS'en aan de eigen verslaglegging. Daarnaast bestaat er een samenwerkingsplatform (SWP) met een ‘dossier’ per patiënt, net als in een XIS.

Een virtuele overlegtafel moet een aantal functies ondersteunen. In de volgende paragrafen worden de generieke functies beschreven, onafhankelijk van welke systeem wordt gebruikt. Namelijk:

1. Elektronisch patiëntendossier (EPD-)functies;
2. Communicatiefuncties;
3. Patiëntfuncties;
4. Rapportage en verantwoording;
5. Regie en coördinatiefuncties;
6. Financieel/administratieve functies.

5.1 EPD-FUNCTIES

Ondersteuning bij het primaire proces – de zorg voor de patiënt – betekent registratie en inzicht in relevante gegevens door alle betrokkenen. Deze mogelijkheden vallen onder de term EPD-functies. Voor een virtuele overlegtafel gaat het grofweg om vastleggen en inzage.

A. Vastleggen en beheren van een individueel zorgplan

De centrale EPD-functie van een virtuele overlegtafel is het gezamenlijk vastleggen en beheren van een individueel zorgplan (IZP).⁷ Een zorgverlener, bij voorkeur de casemanager (CM), houdt het IZP bij. De andere betrokken zorgverleners hebben afgesproken rechten om rapportages toe te voegen en (delen van) het zorgplan aan te passen aan de actuele situatie.

Net als een EPD kent een IZP een eigen dynamiek. Het is niet meer van deze tijd om te denken dat een zorgplan wordt opgesteld en daarna gewoon uitgevoerd. Tussentijdse aanpassing (bijvoorbeeld door progressie van een ziekte) of een tussentijdse opname (bijvoorbeeld door een pneumonie) vergen aanpassingen in de eerder gestelde doelen en/of tijdspaden. Het heeft duidelijk voordelen om een IZP op een centrale plaats te beheren vergeleken met het delen van berichten met de meest actuele versie van het IZP.⁸

⁷ Het NHG heeft in 2014 in overleg met het veld een model opgesteld voor het IZP. [Model Individueel zorgplan \(NHG 2014\)](#).

⁸ NHG-visiedocument De virtuele overlegtafel voor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. NHG 2017. www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-visiedocument-de-virtuele-overlegtafel-voor-multidisciplinaire-samenwerking.

B. Inzage in voor de samenwerking relevante gegevens

Naast registratie van gegevens zijn inzicht in en vooral overzicht van relevante gegevens van belang. De individuele zorgverlener hoeft geen inzicht in alle gegevens uit alle dossiers, maar alleen in de informatie die voor de samenwerking noodzakelijk is. Dat gaat om:

- Inzage in IZP. Alle betrokken zorgverleners hebben minimaal inzagerecht in het IZP. Daarmee heeft iedere betrokkene inzicht in de meest actuele stand van zaken. Ook als er tussentijdse aanpassingen zijn geweest krijgen de betrokken zorgverleners de meest actuele versie ter inzage.
- Inzage in de professionele samenvatting uit de patiëntendossiers van de betrokken zorgverleners.⁹ Hiermee is steeds de meest actuele informatie zichtbaar voor alle betrokken zorgverleners. Bijvoorbeeld: een medicatiewijziging wordt door de huisarts in zijn HIS verwerkt. Deze informatie is dan zichtbaar bij inzage via het multidisciplinair regionaal samenwerkingsplatform.
- Inzage in documenten die op het samenwerkingsplatform zijn opgeslagen, zoals het MDO- of MBO-verslag¹⁰ of de indicatiestelling voor bepaalde voorzieningen. Deze verslagen dienen als achtergrondinformatie bij de samenwerking.
- Het MDO-verslag over de betreffende patiënt kan in de virtuele overlegtafel van de patiënt worden opgeslagen. Omdat tijdens een MDO doorgaans meerdere patiënten worden besproken, moet een verslag per patiënt worden opgeslagen.

C. Presentatie

Een ander algemeen aandachtspunt is de presentatie. Het is mogelijk dat verschillende gebruikers van het platform behoefte hebben aan verschillende presentaties van de informatie. Dit zou moeten worden onderzocht. [Aanbeveling]

D. Overzichten

De eenheid op een multidisciplinair regionaal samenwerkingsplatform is de patiënt, zoals dat bij de verschillende informatiesystemen ook het geval is. Voor het dagelijks werk zijn ook overzichten belangrijk. Een zorgverlener hoeft dan niet elke dag, elk moment van de dag alle patiënten langs te lopen die hij onder zijn hoede heeft. Op specifieke triggers en on demand krijgt hij relevante informatie en overzichten te zien. Bijvoorbeeld: een zorgverlener kan alle acties en taken inzien voor de verschillende patiënten of per patiënt waarbij hij/zij betrokken is. Hetzelfde geldt voor de (mail)berichten. Wanneer de CM substantiële wijzigingen heeft aangebracht in het IZP zou iedereen een signaal kunnen krijgen. Hetzelfde geldt voor wijzigingen in de professionele samenvatting of nieuwe (mail-chat)berichten. Betrokkenen krijgen dagelijks een overzicht met alle mutaties per patiënt.

⁹ De verschillende koepels kunnen voor hun discipline de samenvatting voor multidisciplinair samenwerken definiëren. Deze samenvatting is dan (via een platform) voor de andere zorgverleners in te zien. Van de huisarts zou bijvoorbeeld de lijst met diagnoses, de actuele medicatie en (geneesmiddel)allergieën ter inzage zijn. Van de wijkverpleegkundige zouden de conclusies van haar intake ter inzage zijn.

¹⁰ Ook kan het MBO-verslag onderdeel zijn van het AIS en ter inzage worden aangeboden via het multidisciplinair regionaal samenwerkingsplatform.

5.2 COMMUNICATIEFUNCTIES

Naast EPD-functies zijn bij het samenwerken ook communicatiefuncties noodzakelijk. Immers zonder communicatie is samenwerking niet goed mogelijk. De communicatie vindt plaats op formele momenten, zoals bij het aanmelden van een patiënt bij de wijkverpleging, en op ad hoc momenten, bijvoorbeeld een kort één-tweetje tussen huisarts en wijkverpleegkundige.

A. Formele communicatie

Bij het aanmelden van een patiënt bij de wijkverpleging is het handig dat de wijkverpleegkundige van tevoren op de hoogte is van de thuissituatie en de vraag van de verwijzer, huisarts of specialist ouderengeneeskunde. Daarvoor is een samenvatting met afgesproken informatierubrieken geschikt. Deze kan digitaal met informatie uit het EPD van de huisarts worden opgesteld. [Aanbeveling]

Het multidisciplinair overleg (MDO) is een ander formeel communicatiemoment waarop periodiek zaken worden afgesproken, geëvalueerd en vastgelegd. Dit is onontbeerlijk voor multidisciplinair samenwerken.

Bij een klassieke MDO zijn alle betrokken zorgverleners fysiek aanwezig. Alle patiënten worden kort of uitgebreid besproken. Of er is vooraf een lijst opgesteld van te bespreken (nieuwe) patiënten. Deze vorm van klassieke MDO komt steeds verder onder druk. Het is tegenwoordig ingewikkeld om regelmatig fysiek bij elkaar te komen voor een MDO. Part-time werken, verschillende samentelling van teams, samenwerken met verschillende thuiszorgorganisaties binnen een regio zijn hier debet aan. Voor deelnemers is het vaak niet efficiënt omdat maar een paar patiënten in zorg zijn en de rest weer bij anderen. Teleconferentie lost dit probleem slechts ten dele op.

Voor asynchrone communicatie zijn in andere domeinen al voorbeelden beschikbaar, bijvoorbeeld met gebruik van open source tools. De kennis die daarin is opgedaan zou voor de zorg kunnen worden uitgewerkt. [Aanbeveling]

In het zorgproces kunnen misschien nog meer formele communicatiemomenten worden herkend. Die zijn nu nog niet duidelijk. Het is van belang om af te spreken welke informatie op die momenten van belang is om te communiceren en/of te delen. [Aanbeveling]

B. Ad hoc communicatie

Bij multidisciplinaire samenwerking is het uitwisselen van informatie op diverse momenten in het primair proces noodzakelijk. Het gaat dan over het signaleren van nieuwe zaken of van bekende zaken die niet goed lopen. Bijvoorbeeld: een patiënt met Parkinson gaat slechter praten of kan opeens niet meer lopen met de rollator.¹¹ Via beveiligde (mail of chat)berichten rond één patiënt kunnen de betrokken zorgverleners hierover informatie uitwisselen en onderling afspraken maken. Misschien zijn er net nieuwe medicijnen voorgeschreven en moet het effect over enige tijd merkbaar zijn? Of misschien is het een indicatie van verslechtering en moet de patiënt worden beoordeeld door de neuroloog? De berichten zijn voor iedere betrokkene zichtbaar of zijn alleen gericht aan specifieke personen. De verzender bepaalt dit.

¹¹ Dit zou ook in bijvoorbeeld het verpleegkundig dossier kunnen worden vastgelegd. Maar daarmee is het nog niet gedeeld met het team. Via de mailberichten kunnen deze signalen in het samenwerkingsplatform worden verzameld en aangepakt.

Ad hoc communicatie kan gaan over bijvoorbeeld het tijdstip dat betrokkenen met elkaar overleggen of over informatie die relevant is voor de behandeling. Informatie die relevant is voor de behandeling hoort thuis in het medisch dossier of in het IZP. Daar moeten de betrokkenen steeds alert op zijn en met elkaar afspraken over maken.

5.3 PATIËNTFUNCTIES

Patiënten hebben steeds meer instrumenten om regie te voeren over hun ziekte(s) en hun zorg. In het kader van multidisciplinaire samenwerking is het wenselijk dat de patiënt ook inzage heeft in de informatie op het multidisciplinair samenwerkingsplatform. Ook mantelzorgers zullen behoefte hebben aan die informatie. Het gaat dan bijvoorbeeld om de volgende ICT-functies.

- In principe is het IZP samen met de patiënt (en mantelzorgers) ingevuld. Inzage in het IZP kan de patiënt helpen om de afgesproken doelen in het oog te houden.
- Inzage in de samenvattingen uit de medische dossiers van de betrokken zorgverleners is ook voor de patiënt van belang. Bijvoorbeeld: een overzicht van de actuele medicatie kan therapietrouw verbeteren.
- Patiënten met een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) kunnen eigen gegevens vastleggen en via de virtuele overlegtafel delen met de betrokken zorgverleners. Over wat in deze situatie relevant is, moeten nog afspraken worden gemaakt. [Aanbeveling]
- Patiënten ervaren dat ze telkens weer bevraagd worden over dezelfde zaken. Idealerweise wordt een gegeven op één plek vastgelegd en door anderen hergebruikt.
- Wellicht kunnen speciale ‘vertaalinstrumenten’ op het platform de medische termen begrijpelijk maken. Of is er relevant (gepersonaliseerde) voorlichtingsmateriaal verzameld. [Aanbeveling]
- Indien gewenst heeft de mantelzorger ook toegang tot het multidisciplinaire samenwerkingsplatform.¹ Uiteraard alleen met toestemming van de patiënt. Vooralsnog gaat het om inzage in dezelfde informatie als de patiënt kan inzien. [Aanbeveling]
- Patiënten en mantelzorgers hebben mogelijk behoefte aan een andere presentatie van de informatie op het multidisciplinaire samenwerking platform dan de zorgverleners. [Aanbeveling]

5.4 RAPPORTAGE EN VERANTWOORDING

Goede rapportage helpt om inzicht te krijgen in de kwaliteit van geleverde zorg. Daarbij onderscheiden we niet-medische en medisch-inhoudelijke informatie, en informatie op het niveau van (praktijk)organisatie-, team- en individuele zorgverlener.

Hierover is nog lang geen consensus. Het zal nog enige tijd duren voordat duidelijk is hoe, wie en wat. Ook gezien de discussies in Het roer moet om (HRMO) is het nog te vroeg om te spreken over een kwaliteitssysteem voor het multidisciplinair samenwerken via een samenwerkingsplatform.

5.5 REGIE- EN COÖRDINATIEFUNCTIES

Hoe meer zorgverleners samenwerken aan het leveren van goede zorg, hoe meer inzicht nodig is in wie er bij de zorg van een patiënt betrokken zijn.

Daarnaast moet er regie op de overkoepelende samenwerking plaatsvinden. Het is belangrijk om de coördinatie of regie over het hele zorgplan bij één persoon van het team neer te leggen, een casemanager. Wie dat is kan per patiënt verschillen. Veelal is dat de wijkverpleegkundige of de praktijkondersteuner uit de huisartspraktijk.

Een van de voornaamste taken van een casemanager is bewaking/signalering of het IZP nog volledig en actueel is. Op basis van informatie uit systemen en mogelijk meldingen van de betrokkenen, moet het mogelijk zijn om de patiënt te kunnen ‘volgen’ en op de juiste momenten betrokkenen te attenderen dat een aanpassing noodzakelijk is. Bijvoorbeeld het opschorten van activiteiten als de patiënt acuut is opgenomen in het ziekenhuis in verband met diarree met uitdrogingsverschijnselen. De volgende functies zijn daarbij noodzakelijk.

A. Lijst van betrokkenen

- In het platform moet een lijst van betrokkenen kunnen worden aangemaakt en beheerd. Betrokkenen kunnen zorgverleners zijn, de patiënt zelf en de mantelzorgers (familie, vrienden, burens, vrijwilligers). De lijst met betrokkenen bevat: naam van de persoon, functie, organisatie, bereikbaarheidsgegevens en eventuele vervanging als iemand niet bereikbaar of afwezig is.
- Dit vereist een actuele contactenlijst/adresboek van de zorgaanbieders en hun relevante medewerkers in de regio. Eventueel is duidelijk wie van de medewerkers er in bepaalde wijken of districten werkzaam zijn.
- In de tweede lijn bestaat ook behoefte aan een dergelijk overzicht. Bij verwijzing of gedeelde zorg is het zaak dat de medisch specialist ook op de hoogte is van de lijst met betrokkenen. [Aanbeveling]

B. Casemanager

Per patiënt kan worden vastgelegd wie de casemanager (CM) is. Deze zorgverlener is verantwoordelijk voor het monitoren van alle doelen en zorgafspraken uit het zorgplan. De coördinatie van een zorgafpraak zelf kan bij een ander persoon liggen.

De taken van de CM moeten zijn afgesproken. Dit zal waarschijnlijk per patiënt en per regio anders zijn. De CM zou de lijst van betrokkenen kunnen samenstellen. De CM kan de gegevens van een eventuele mantelzorger of andere betrokkene aan de lijst toevoegen inclusief hun bereikbaarheidsgegevens. Of is dit een verantwoordelijkheid van de patiënt? Het is belangrijk om daarover afspraken te maken tussen de betrokken verantwoordelijken. Persoonsgerichte zorg betekent dat de zorg zich rond de patiënt organiseert, in plaats van dat de organisatie patiënten in zorg heeft.

5.6 FINANCIËLE EN ADMINISTRATIEVE FUNCTIES

Afhankelijk van de afspraken in een regio met de zorgverzekeraar zal er behoefte zijn aan financiële en administratieve functies, anders dan wat al regulier door een zorgverlener kan en moet worden vastgelegd.

6. ANDERE AANDACHTSPUNTEN

6.1 GENERIEK

Een samenwerkingsplatform moet zo generiek mogelijk opgebouwd zijn, zodat het inzetbaar is voor verschillende zorggebieden zoals chronisch zieken, kwetsbare ouderen, palliatieve zorg, dementie, (psychiatrische) jeugdzorg, Parkinson en MS. Niemand wilt per zorggebied een ander platform.¹² De zorgverleners niet en de patiënt niet.

6.2 FUNCTIONELE INTEGRATIE EN INTEROPERABILITEIT

Functionele integratie tussen XIS en het samenwerkingsplatform is van belang. Voor de zorgverlener moet het als één geheel werken; bijvoorbeeld een ingang tot het samenwerkingsplatform in het XIS met een single sign on (éénmalig inloggen) voor beide systemen.

6.3 INFORMATIEBEVEILIGING

In verband met de privacy-gevoeligheid van de medische gegevens op een samenwerkingsplatform zijn de standaardeisen voor informatiebeveiliging bij een medisch dossier van toepassing: authenticatie, autorisatie en logging. Bijvoorbeeld: toegang op basis van 2-factor authenticatie. Alleen bij de zorg betrokkenen (of hun vervangers) hebben toegang tot de informatie van een patiënt. Er wordt gelogd wie wat wanneer inziet.

De organisatie die verantwoordelijk is voor het regionaal samenwerkingsplatform stelt hiervoor een informatiebeveiligingsplan op met bijvoorbeeld de beheerfuncties, toegang, rollen, autorisaties, logging bewaken, procedures voor aanmelden en afmelden van betrokkenen en patiënten.

6.4 NOG MEER PUZZELS

Een virtuele overlegtafel in een (regionaal) multidisciplinair samenwerkingsplatform geeft de samenwerking een goede steun in de rug. Het brengt natuurlijk de nodige puzzels en vragen met zich mee. De ervaringen met bestaande virtuele overlegtafels geven inzicht in potentiële oplossingen. Een totale blauwdruk is niet mogelijk. Het is een kwestie van al doende leren.

¹² De Regionale Samenwerkings Organisatie (RSO) speelt hierin een belangrijke rol.

Op dit moment zijn de volgende zaken nog niet of slechts gedeeltelijk uitgewerkt:

- Eigenaarschap en de verantwoordelijkheid voor een multidisciplinair regionaal samenwerkingsplatform beleggen en vastleggen. Bijvoorbeeld een constructie waarbij een (zorg)groep verantwoordelijk is voor techniek, informatiebeveiliging en data-verwerking, maar niet voor individuele zorg en geen toegang heeft tot de informatie op het platform.
- De huidige wetgeving rond medische dossiers en medische informatie gaat ervan uit dat elke zorgverlener een dossier over de patiënt bijhoudt. Informatiebundeling voor samenwerking op een regionaal platform is niet voorzien. Moeten we wachten tot de wetgeving up to date is? Of kunnen we met toestemming van de patiënt binnen de huidige wetgeving werken?
- De financiering. Moet een virtuele overlegtafel op een multidisciplinair (regionaal) samenwerkingsplatform door de gezamenlijke partijen worden bekostigd? Wat willen zorgverzekeraars betalen?
- Afspraken over een inhoudelijke samenvatting van het medisch dossier per koepel en tussen koepels.
- Niet alle zorgverleners in een regionaal samenwerkingsverband beschikken over een digitaal patiëntendossier. Denk bijvoorbeeld aan sommige paramedici. Voorlopig zal dit niet worden opgelost met een multidisciplinair regionaal samenwerkingsplatform. Waarschijnlijk moeten ook zij inzage hebben in de informatie van de patiënt, als zij betrokken zijn bij de zorg.

Het NHG is in 1956 opgericht als wetenschappelijke vereniging van huisartsen om een wetenschappelijk gefundeerde uitoefening van de huisartsgeneeskunde in de praktijk te bevorderen. De hoofdbestanddelen van het kwaliteitsbeleid zijn de ontwikkeling van standaarden, deskundigheidsbevordering en de facilitering van een goede praktijkvoering. Hiermee levert het NHG een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van de huisartsenzorg en de professionalisering van de beroepsgroep.



Voor meer informatie:

Nederlands Huisartsen Genootschap
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon: 030 – 282 35 00
E-mail: info@nhg.org
Websites: nhg.org
Thuisarts.nl
HAweb.nl