
MULTIDISCIPLINAIR SAMEN- WERKEN TUSSEN HUISARTS EN ZORGVERLENERS BUITEN DE PRAKTIJK EN HET H-EPD

K.H. Njoo



nederlands huisartsen
genootschap

© 2017 Nederlands Huisartsen Genootschap
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door
middel van fotokopie, microfilm, druk of op welke andere wijze dan ook zonder voor-
afgaande schriftelijke toestemming van het NHG.
© RIVM - foto's cover en binnenwerk

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	4
1.1 Definitie Multidisciplinaire samenwerking	4
1.2 Doelstelling	4
1.3 Doelgroep	4
1.4 Leeswijzer	4
2. MANAGEMENT SAMENVATTING	5
2.1 Algemene conclusies	5
2.2 Conclusies over samenwerking huisarts en wijkverpleegkundige bij kwetsbare ouderen	5
2.3 Conclusies over samenwerking huisarts en apotheker bij medicatiebeoordeling	6
2.4 Aanbevelingen	6
3. AANLEIDING	9
3.1 Scope	9
3.1.1 Huisarts en wijkverpleegkundige	9
3.1.2 Huisarts en apotheker	10
3.2 Out of scope	10
3.3 Vraagstellingen	10
4. METHODE	12
5. RESULTATEN HUISARTS EN WIJKVERPLEEGKUNDIGE BIJ OUDERENZORG	12
5.1 Beschrijving zorgproces HA-WVK bij ouderenzorg	12
5.1.1 Verwijzing HA-WVK bij Ouderenzorg	12
5.1.2 Vaststellen (mate van) kwetsbaarheid	12
5.1.3 Inventarisatie probleemgebieden-opstellen zorgplan	12
5.1.4 Zorg leveren en multidisciplinair samenwerken	13
5.1.5 Monitoren en evalueren	13
5.2 Huidige situatie: dossiervorming bij multidisciplinair samenwerken	13
5.2.1 Kwetsbaarheid en probleemgebieden	13
5.2.2 Zorg leveren en multidisciplinair samenwerken	14
5.3 Experimentele situatie: samenwerken op een samenwerkingsplatform	14
5.3.1 Regionale projecten	14
5.3.2 Benodigde functies op een samenwerkingsplatform	15

5.3.3	Optionele functies op een samenwerkingsplatform	16
5.3.4	Ervaringen bij het samenwerken via een platform	16
5.4	Conclusies over samenwerking HA en WVK bij ouderenzorg	17
6.	RESULTATEN HUISARTS EN APOTHEKER BIJ OUDEREN MET POLYFARMACIE	19
6.1	Beschrijving processtappen bij MBO	19
6.1.1	Vorbereiding	19
6.1.2	Stap 1 Farmacotherapeutische anamnese	19
6.1.3	Stap 2 Farmacotherapeutische analyse	20
6.1.4	Stap 3 Overleg arts en apotheker: opstellen concept farmacotherapeutisch behandelplan	20
6.1.5	Stap 4 Overleg met de patiënt: vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan	20
6.1.6	Stap 5 Follow-up en monitoring	20
6.2	Huidige situatie: dossiervorming en gegevensuitwisseling bij het uitvoeren van een MBO	20
6.2.1	Vorbereiding	20
6.2.2	Stap 1 Farmacotherapeutische anamnese	21
6.2.3	Stap 2 Farmacotherapeutische analyse	21
6.2.4	Stap 3 Overleg arts en apotheker: opstellen concept farmacotherapeutisch behandelplan	21
6.2.5	Stap 4 Overleg met de patiënt: vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan	21
6.2.6	Stap 5 Follow-up en monitoring	22
6.3	Toekomstige situatie: gewenste ICT ondersteuning bij een MBO	22
6.3.1	Vorbereiding MB	22
6.3.2	Stap 1 Farmacotherapeutische anamnese	23
6.3.3	Stap 2 Farmacotherapeutische analyse	23
6.3.4	Stap 3 Opstellen concept farmacotherapeutisch behandelplan	23
6.3.5	Stap 4 Vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan	24
6.3.6	NHG Stap 5. Follow-up en monitoring	25
6.3.7	Toekomstige ontwikkelingen	25
6.4	Conclusies over samenwerking HA en APO bij medicatiebeoordeling	25
7.	BESCHOUWING	26
7.1	Bijhouden eigen dossier	26
7.2	Toekomstige ideale situatie	26
7.3	Vorbereiden op ideale situatie	27
7.4	Eén gezamenlijk dossier en systeem?	27
8.	AANBEVELINGEN	29
	BIJLAGE 1 SELECTIEPROCES	33
	BIJLAGE 2 PROCES, DATA EN GEWENSTE FUNCTIES HA-WVK BIJ OUDERENZORG	35
	BIJLAGE 3 PROCES, DATA EN FUNCTIES HA-APO BIJ MBO	36

1. INLEIDING

Dit rapport presenteert de bevindingen en aanbevelingen voor de registratie en ICT ondersteuning bij multidisciplinair samenwerken tussen huisarts en andere zorgverleners buiten de huisartsenpraktijk. Voor dit rapport is specifiek de samenwerking onderzocht tussen huisarts-apotheek bij medicatiebeoordeling en huisarts-wijkverpleging bij ouderenzorg. Op basis van een verkenning in de praktijk wordt een extrapolatie gemaakt naar een algemeen niveau en de toekomst. De conclusies en aanbevelingen over hoe ICT de multidisciplinaire samenwerking kan ondersteunen zijn gebaseerd op diverse werkbezoeken aan pilotprojecten (2013-5).

1.1 Definitie Multidisciplinaire samenwerking

Multidisciplinaire samenwerking wordt simpelweg gedefinieerd als: meerdere disciplines werken samen in de zorg voor één patiënt. Deze disciplines hoeven niet noodzakelijk bij dezelfde organisatie werken. Informatievoorziening en afstemming tussen de deelnemende instanties en personen is dan van belang.

1.2 Doelstelling

De uiteindelijke doelstelling van dit project is: de betekenis voor de ontwikkelingen van het H-EPD te onderzoeken van multidisciplinair samenwerken tussen huisarts en zorgverleners buiten de huisartspraktijk.

1.3 Doelgroep

Dit rapport is geschikt voor huisartsen, beleidsmakers en (huis)artsenkoepels op het gebied van ICT en multidisciplinair samenwerken.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat de management samenvatting met de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek. **Hoofdstuk 3** bevat de aanleiding voor dit onderzoek, de scope en vraagstellingen. In **hoofdstuk 4** wordt de gevolgde methode beschreven. In **hoofdstuk 5** worden de resultaten en bevindingen gepresenteerd van de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige bij ouderenzorg. Eerst wordt het zorgproces beschreven (5.1). Daarna wordt ingegaan op het werken met de huidige ICT ondersteuning (5.2) en met de in pilotprojecten gevonden samenwerkingsplatforms (5.3). In **hoofdstuk 6** worden de resultaten en bevindingen gepresenteerd van de samenwerking tussen huisarts en apotheker bij ouderen met polyfarmacie. De stappen van een medicatiebeoordeling uit de MDR Polyfarmacie bij ouderen worden kort beschreven (6.1). Daarna wordt ingegaan op het werken met de huidige ICT ondersteuning (6.2) en ten slotte wordt beschreven wat gewenst is op dat gebied (6.3). **Hoofdstuk 7** is de beschouwing en in **hoofdstuk 8** zijn aanbevelingen geformuleerd voor de koers van het NHG. **Bijlagen:**
Bijlage 1 Selectieproces bij ouderenzorg
Bijlage 2 Proces, data en functies HA-WVK bij ouderenzorg
Bijlage 3 Proces, data en functies HA-APO bij MBO

2. MANAGEMENT SAMENVATTING

2.1 Algemene conclusies

- Zeker is dat een zorgaanbieder verantwoordelijk is en blijft voor de eigen dossiervoering, als verslag van goede zorg en verantwoording voor het eigen handelen (WGBO). Dit blijft gelden, ook voor de patiënten bij wie multidisciplinair wordt samengewerkt.
- De huidige manier van werken bij multidisciplinaire samenwerking (aparte systemen en elkaar met berichten informeren) levert knelpunten op in het actueel en synchroon houden van de informatie voor alle betrokken zorgverleners. Dit komt vooral doordat de disciplines meestal binnen andere organisaties werken met andere informatiesystemen. De dynamiek van multidisciplinair samenwerken rondom de zorg voor één patiënt vraagt bij deze inrichting veel van het communicatiebewustzijn en de registratiediscipline van de bij de zorg betrokkenen.
- Een digitaal samenwerkingsplatform heeft toegevoegde waarde voor de multidisciplinaire samenwerking. De toegevoegde waarde komt tot uiting in de actualiteit en synchronisatie van de informatie, het zichtbaar maken van de samenwerking en het expliciet afspreken van de verantwoordelijkheden.
- Een dergelijke digitaal samenwerkingsplatform dient de volgende functies te ondersteunen. Per patiënt is mogelijk om:
 - Het Individueel Zorgplan (behandeldoelen, zorgafspraken, verantwoordelijken en evaluatiemomenten) bij te kunnen houden en in te zien
 - Beveiligde berichten kunnen uitwisselen rond één patiënt
 - Professionele samenvattingen uit dossiers van betrokken zorgverleners in te zien
 - Lijst met betrokkenen bij de zorg, inclusief gegevens casemanager (CM) en eventuele mantelzorgers en hun bereikbaarheidsgegevens.
- 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, MS etc.
- Functionele integratie tussen HIS en samenwerkingsplatform is van belang. Voor de huisarts moet het als een geheel werken.¹ De huisarts wil niet voor elk platform steeds weer opnieuw moeten inloggen en het dossier van de patiënt opzoeken.
- In verband met de privacygevoelige gegevens op een samenwerkingsplatform zijn de standaard-eisen voor informatiebeveiliging van toepassing. Zo is bijvoorbeeld een 2-factor authenticatie bij de toegang standaard. Dit geldt voor alle betrokken zorgverleners en ook voor de patiënt en mantelzorgers, indien zij toegang tot het samenwerkingsplatform hebben.

2.2 Conclusies over samenwerking huisarts en wijkverpleegkundige bij kwetsbare ouderen

- Huisarts en Wijkverpleegkundige houden ieder voor zich een dossier bij over de verleende zorg, ieder daarbij ondersteund door een eigen zorginformatiesysteem.
- Het Individueel Zorgplan (IZP) staat centraal in de samenwerking tussen HA-WVK. Op dit moment wordt het toepassen van een zorgplan bemoeilijkt door het ontbreken van adequate ICT ondersteuning. Het IZP wordt mondjesmaat in HIS (of KIS of anderszins) geïntegreerd.
- Een samenwerkingsplatform heeft toegevoegde waarde voor de multidisciplinaire samenwerking tussen HA en WVK bij het verlenen van zorg aan ouderen.
- Tijdens de looptijd van het onderzoek waren enkele KISen bezig een Ouderenmodule of een IZP te implementeren voor de POH somatiek in de huisartsenpraktijk. Er waren (nog) geen KISen die de functies van een multidisciplinair samenwerkingsplatform voor huisarts en wijkverpleegkundige ondersteunen.

¹ Bijvoorbeeld zoals Zorgdomein ingebed is in een HIS.

2.3 Conclusies over samenwerking huisarts en apotheker bij medicatiebeoordeling

- Huisarts en Apotheker houden ieder voor zich een eigen dossier bij over de verleende zorg, ieder daarbij ondersteund door hun eigen informatiesysteem.
- Op dit moment zijn in de huidige HISen (en AISen) weinig instrumenten voorhanden om een medicatiebeoordeling (MBO) goed te kunnen uitvoeren en evalueren. De meeste apothekers gebruiken een aparte MBO-module naast het AIS om een MBO uit te voeren.² In een HIS is het normale gereedschap voor het vastleggen van een consult en gegevens delen niet toereikend voor het kunnen samenwerken bij een MBO.
- De integratie tussen het AIS en de door apothekers gebruikte modules om een MBO uit te voeren is niet optimaal. Uitwisseling tussen deze modules met een HIS komt al helemaal niet voor. Dit betekent dat veel dubbelregistratie plaatsvindt.
- Het delen van informatie en inzage in de lopende processen tijdens een MBO wordt nog niet adequaat ondersteund. Uitwisseling van de gegevens en overzichten vindt veelal via papier of digitale documenten plaats.

2.4 Aanbevelingen

De WGBO verplicht elke zorgverlener een eigen dossier bij te houden als verantwoording van goede zorg en het eigen handelen. De verwachting is dat dit in de toekomst gehandhaafd blijft. Het NHG dient het beleid in deze lijn te handhaven (HIS Referentiemodel, NHG tabellen, Richtlijn ADEPD, richtlijnen informatie uitwisseling).

Voor het deel van de patiënten waarbij sprake is van multidisciplinair (en complexe) zorg biedt het samenwerken op een digitaal samenwerkingsplatform meerwaarde boven de informatie uitwisseling via berichten zoals die nu in regionale of nationale netwerken is gerealiseerd. De meerwaarde is de actualiteit en synchronisatie van de informatie, het zichtbaar samenwerken en de verantwoordelijkheden expliciet afspreken.

Voorbereidend op het ontstaan van digitale samenwerkingsplatforms zou het NHG samen met de relevante koepels aan de volgende zaken kunnen werken.

- Het NHG (sectie Automatisering eventueel samen met Nictiz) dient een basis te leggen voor een schets van de informatie onderdelen waaruit een dergelijk elektronisch samenwerkingsplatform moet bestaan.
- De informatiebehoefte van de betrokken zorgverleners tijdens het samenwerken onderzoeken. Welke informatie is relevant gedurende het verwijs en het vervolgtraject? Begin simpel met de meest gebruikelijke zaken (volgens de 80-20 regel). Bijvoorbeeld voor ouderenzorg kan het NHG (sectie automatisering samen met de verpleegkundige koepels) de inhoud en rubrieken van een verwijsbrief HA-WVK op stellen. Hetzelfde geldt voor de terugrapportage met eindconclusies en behandelvoorstel van WVK aan de HA.
- Het IZP (doelen, zorgafspraken, verantwoordelijken en evaluatiemomenten) speelt een centrale rol bij het multidisciplinair samenwerken. Het NHG dient dit model krachtig uit te dragen naar haar eigen achterban en betrokken leveranciers. Verdere ontwikkeling van dit model samen met het veld is van belang voor het draagvlak en de toepassing in de praktijk. (NHG bestuur, hoofden, beleid, sectie automatisering)
- Samenwerken met het IZP als centraal instrument dient nader onderzocht worden. Welke werkafspraken moeten worden afgesproken? Welke variatie is daarin mogelijk? Dit onderzoek kan plaatsvinden zonder dat er sprake is van digitale platforms door bijvoorbeeld een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) op te stellen samen met de betrokken partijen. (R&W Samenwerking)
- Het NHG heeft samen met Nictiz de taak om de implementatie van de IZP berichtenstandaarden door de leveranciers te stimuleren en te monitoren.
- Het NHG dient in samenwerking met o.a. Nictiz een koers te ontwikkelen van één IZP per patiënt bij de samenwerking met andere zorgverleners binnen en buiten de huisartspraktijk.

² Koster L, Hoeben T, Peeters C, Plu R. Generieke kosten medicatiebeoordeling. Een instrument om te komen tot afspraken. KNMP, Barneveld, 27 januari 2014.

De huidige manier van werken levert knelpunten. Er zijn globaal twee verschillende opties om verbetering in de huidige manier van werken te brengen:

1. Zorgverleners werken in gescheiden informatiesystemen aan de eigen verslaglegging en sturen elkaar berichten met nieuwe informatie. Zij zorgen voor inzage in relevante delen van elkaars dossier.

De werkwijze is dan als volgt: één zorgverlener (beheerder) houdt het IZP bij in het eigen systeem. Andere betrokken zorgverleners buiten de organisatie hebben inzage in het zorgplan. Alle informatie die tot aanpassingen van het IZP leiden, dienen naar de beheerder van het IZP worden gecommuniceerd. De beheerder past het IZP aan.

Naast inzage in het zorgplan kunnen alle betrokkenen de meest actuele informatie, die relevant is voor de samenwerking, bij elkaar inzien. Bv. de WVK kan de actuele medicatie bij de HA inzien; de HA kan bij de APO de medicatieafspraken inzien die door de medisch specialist of de trombose-dienst zijn afgesproken. Betrokken zorgverleners beslissen zelf of ze deze informatie op adequate wijze in eigen dossier willen verwerken.

Het elkaar op de hoogte stellen via berichten van nieuwe informatie dat relevant is voor de samenwerking wordt daardoor minder noodzakelijk. Wel is het aan de zorgverlener om te beslissen welke informatie wanneer wordt opgezocht, want informatie is verspreid aanwezig en er moet steeds in verschillende systemen worden ingelogd voor inzage. Ongeveer zoals het nu via regionale netwerken voor de dienstenstructuur is geregeld of via het LSP zal gaan werken of al werkt.

2. Zorgverleners werken in gescheiden informatiesystemen aan de eigen verslaglegging. Daarnaast bestaat er een samenwerkingsplatform (SWP) waarop een gezamenlijk IZP wordt beheerd. Berichten met nieuwe informatie en inzage in relevante informatie opgeslagen in de verschillende dossiers zijn in het SWP verzameld.

Een zorgverlener houdt het IZP bij op het samenwerkingsplatform en de rest heeft inzage of heeft afgesproken rechten om rapportages toe te voegen en (delen) van het zorgplan aan te passen aan de actuele situatie. De meest actuele informatie uit de verschillende dossiers, dat relevant is voor de samenwerking, is via het samenwerkingsplatform in te zien.

De experimenten in verschillende regio's met beperktere functionaliteit laten een meerwaarde zien van het samenwerken op een gezamenlijk platform: de actualiteit en synchronisatie van de informatie, het zichtbaar samenwerken en de verantwoordelijkheden expliciet afspreken.

Beide opties zijn nu nog geen dagelijkse werkelijkheid. Voor optie 1 zal inzage in relevante delen van elkaars dossier verder uitgewerkt dienen te worden dan nu al het geval is. Voor het IZP zal inzage nog moeten worden geregeld. Afspraken moeten worden gemaakt bv. over binnen hoeveel tijd een beheerder van een IZP de binnenkomende informatie moet hebben verwerkt.

Voor optie 2 zal een samenwerkingsplatform ingericht moeten worden met de gewenste functionaliteit en toegankelijkheid. Koppeling met de verschillende systemen zal ook de nodige aandacht vergen. Voor huisartsen zou het door ontwikkelen van KISystemen in de richting van een samenwerkingsplatform een gunstige ontwikkeling zijn.

Kortom het zal nog de nodige puzzels en inspanning vergen voordat een van de twee opties werkelijkheid is. Bij schaarse middelen Kiest het NHG om voor het tweede model te gaan. De tweede optie lijkt meer toekomstbestendig dan de eerste.

Indien een elektronisch samenwerkingsplatform eenmaal aanwezig is in een regio

- De betrokken huisartsen wijzen op de gewenste, noodzakelijke functies (zie conclusies) op een dergelijk platform. (NHG beleid, sectie automatisering)
- Het belang van de integratie van dergelijke samenwerkingsplatforms met het HIS blijven benadrukken. Integratie in de zin van o.a. gemakkelijke inzage vanuit het HIS in de aanwezige informatie op het platform; het kunnen vastleggen van relevante informatie uit de module/platform in een HIS en relevante informatie uit het HIS ter inzage aanbieden voor samenwerking op het platform. De wijze waarop een HIS en een samenwerkingsplatform op elkaar aansluiten en van elkaars gegevens gebruik maken is nog in ontwikkeling en vergt vergaande standaardisatie. Het NHG (Sectie automatisering) heeft hierin een adviserende taak. NedHis kan de wenselijkheid daarvan hoog op de ontwikkelagenda plaatsen.

- Een generiek samenwerkingsplatform moet ook inzetbaar zijn voor verschillende zorggebieden, zoals kwetsbare ouderen, palliatieve zorg, dementie, (psychiatrische) jeugdzorg, Parkinson etc.
- Het moet ook inzetbaar zijn voor verschillende programma's, bv. medicatiebeoordeling. Op dit moment is er nog geen samenwerkingsplatform voor een medicatiebeoordeling voorhanden. Op de lange termijn is het denkbaar dat het samenwerken bij een medicatiebeoordeling ook via een samenwerkingsplatform zou kunnen plaatsvinden. Hiervoor zal nog bijkomende specifieke functionaliteit geformuleerd moeten worden voor een medicatiebeoordeling. Een solide business case is hiervoor een belangrijke randvoorwaarde. (R&W Farmacotherapie, Sectie automatisering, KNMP)

RAPPORT MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN TUSSEN HUISARTS EN ANDERE ZORGVERLENERS BUITEN DE PRAKTIJK EN HET H-EPD

3. AANLEIDING

De komende jaren neemt het aantal ouderen toe. In Nederland is naar verwachting in 2040 een kwart van de bevolking vijftien jaar of ouder. Door deze demografische ontwikkelingen zal vooral de groep toenemen van kwetsbare ouderen met meerdere (chronische) aandoeningen³ en complexe problematiek. Zorg aan deze groep vergt nauwe samenwerking tussen huisarts en andere de disciplines in de zorgketen, multidisciplinaire samenwerking.

Op zich is multidisciplinaire samenwerking niet nieuw. Wat veranderd is, is de complexiteit van de problematiek en de tendens om de zorg voor patiënten langer en meer in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Het in deeltijd werken brengt bovendien meer overdrachtsmomenten met zich mee. Tegenwoordig is vaak meer dan één HA betrokken bij de zorg rond een patiënt. Hetzelfde geldt ook voor de andere zorgverleners.

Continuïteit van zorg is daarom steeds meer afhankelijk van continuïteit van informatie, veelal van vastgelegde en vindbare informatie.⁴ Natuurlijk geldt dit niet als vervanging van het menselijk contact tussen de samenwerkende zorgverleners, maar om de beschikbare tijd zo optimaal mogelijk te benutten.

De uitdaging voor de huisarts is om zijn rol en verantwoordelijkheid bij multidisciplinaire samenwerking in de coördinatie en continuïteit van zorg in te vullen. ICT kan de huisarts en de andere zorgverleners daarbij helpen. Daarvoor is deze analyse van de processen en de informatiebehoefte bij multidisciplinaire samenwerking uitgevoerd.

3.1 Scope

Door onderzoek uit te voeren bij verschillende samenwerkingsverbanden krijgt het NHG zicht op de generieke behoeftes voor het EPD bij het multidisciplinair samenwerken. De scope van dit onderzoek⁵ ligt op multidisciplinair samenwerken tussen:

1. huisarts en wijkverpleegkundige (WVK) bij ouderenzorg
2. huisarts en apotheker bij ouderen met polyfarmacie

3.1.1 Huisarts en wijkverpleegkundige

De huisarts (HA) heeft bij het uitvoeren van complexe zorg voor ouderen binnen de eerste lijn vooral te maken met de wijkverpleging (WVK) en sociaal wijkteam. Goede samenwerking en afstemming tussen deze partijen is voor de patiënt uitermate van belang. Door de verschillende zorgprogramma's dreigt de zorg te versnipperen. Een oudere met multi morbiditeit (somatic, ouderenzorg, GGZ, welzijn, wijkzorg) heeft dan met (te)veel zorgverleners en instanties te maken, coördinatie is lastig, continuïteit van de zorg en de informatie komt in gevaar.

³ Volgens het RIVM (2010) zijn er in Nederland minimaal 4,5 miljoen mensen met een chronische aandoening. Hiervan heeft ongeveer 1,3 miljoen mensen meerdere chronische ziekten tegelijk (co- en multi-morbiditeit). Dat maakt zowel de zorgverlening als de organisatie van de zorg complexer.

⁴ Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd. Utrecht, IGZ, juni 2015.

⁵ Deze samenwerkingscasus werden op een bepaald moment actueel in het veld. Een scope op bijvoorbeeld de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut lijkt geen vragen of behoeftes op te roepen.

3.1.2 Huisarts en apotheker

De huisarts werkt bij ouderen met polyfarmacie⁶ intensief samen met de apotheker. Polyfarmacie is een belangrijke factor bij de mate van kwetsbaarheid. Geneesmiddelen kunnen namelijk naast hun heilzame werking ook schade veroorzaken en risico's met zich meebrengen. Oudere patiënten zijn extra gevoelig voor deze neveneffecten: door hun veranderde fysiologie (zoals een verminderde nierfunctie) en door multi morbiditeit waardoor zij vaak meerdere geneesmiddelen tegelijk moeten gebruiken. De Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Polyfarmacie bij Ouderen richt zich op ouderen met een groot risico op schade door gebruik van voor hen mogelijk minder geschikte combinatie van geneesmiddelen. De bedoeling is om d.m.v. een medicatiebeoordeling (MBO) het geneesmiddelengebruik bij ouderen te verbeteren.⁷

3.2 Out of scope

- Samenwerkingsafspraken tussen HA en WVK
- Samenwerkingsafspraken tussen HA met POH Ouderenzorg
- Taakverdeling en -afbakening WVK en POH Ouderenzorg
- Samenwerkingsafspraken tussen HA en apotheker bij Medicatiebeoordeling
- Patiënt als partner in de zorg
- Zelfmanagement, zelfzorg door patiënt
- Mantelzorg als partner in zorg
- Uitgewerkte pakket van eisen voor Ouderenmodule
- Uitgewerkte pakket van eisen voor (Individueel) Zorgplan
- Uitgewerkte pakket van eisen voor module voor Medicatiebeoordeling

3.3 Vraagstellingen

Om de betekenis van het multidisciplinair samenwerken voor het H-EPD te achterhalen is het noodzakelijk om eerst een goed beeld te krijgen over de processen bij deze samenwerking en de informatie/communicatiebehoeftes tijdens deze processen.

1. huisarts en wijkverpleegkundige (WVK) bij ouderenzorg
 - a. Hoe verlopen de processen bij de samenwerking huisarts en wijkverpleging bij ouderenzorg (OZ)?
 - b. Wat betekent multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige voor dossiervorming met het EPD?
2. huisarts en apotheker bij ouderen met polyfarmacie
 - a. Hoe verlopen de processen bij de samenwerking tussen huisarts en apotheker bij ouderen met polyfarmacie?
 - b. Wat betekent multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts en apotheker voor dossiervorming met het EPD?

⁶ Er is sprake van polyfarmacie als een patiënt vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische groepen of subgroepen chronisch gebruikt.

⁷ Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 2012. www.nhg.org/themas/artikelen/mdr-polyfarmacie-bij-ouderen

4. METHODE

1. Huisarts en wijkverpleegkundige (WVK) bij ouderenzorg

Voor dit onderzoek zijn verschillende werkbezoeken in het land afgelegd bij pilotprojecten waar ICT instrumenten rond Ouderenzorg zijn ontwikkeld en uitgerold.⁸ Daarbij is contact geweest met:

- a. Zorg- en WelzijnsInfoPortaal (ZWIP) van CIHN - Nijmegen (donderdag 20 maart 2014)
- b. Stichting Rijncoepel - Leiden - Kick off Vital Health Ouderenmodule (dinsdag 6 mei 2014)
- c. Buurtzorg - BZ informatiesysteem(BIS) of cliëntkompas - landelijk (woensdag 26 februari en woensdag 4 juni 2014)
- d. elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg (eGPO) - Den Haag (startfase pilot 19 sept 2014)

2. Huisarts en apotheker bij ouderen met polyfarmacie

Voor dit onderzoek zijn met diverse gesprekspartners één of meerdere gesprekken gevoerd:

- a. Een analyse uitgevoerd aan de hand van de procesbeschrijving uit de MDR Polyfarmacie bij ouderen (Monique Verduijn, Erica Bastiaanssen, Khing Njoo; jul 2013 - jan 2015)
- b. Werkbezoeken (Khing Njoo) afgelegd bij gezondheidscentrum Het Doktershuis, Ridderkerk. Dit gezondheidscentrum startte april 2014 met het opzetten en uitvoeren van de MBO door verschillende huisartsen uit het centrum en verschillende apothekers van diverse apotheken uit de omgeving. Vier gezamenlijke werkbesprekingen over de procedures en knelpunten daarin zijn bijgewoond. (apr 2014- jun 2015)
- c. Adviesgesprekken met Anne Leendertse, apotheker in dienst van de huisarts. Zij onderzoekt in tien huisartspraktijken de rol van de apotheker-farmacotherapeut bij de huisarts. Daarbij draait de apotheker mee als volwaardige zorgverlener. In deze hoedanigheid heeft zij een eigen systematiek ontwikkeld voor het uitvoeren van een MBO. (apr-jun 2014)
- d. Het NHG (Khing Njoo, Monique Verduijn) hebben met vertegenwoordigers van KNMP, Mediq, Rijksuniversiteit Groningen, Service Apotheek, Stichting Health Base en VKAN een werkgroep geformeerd. In meerdere besprekingen heeft de werkgroep de informatiebehoeftes en de ervaren ICT lacunes geïnventariseerd. Daarover is een artikel gepubliceerd in het tijdschrift De Eerstelijns.⁹ (jun 2013 - jun 2015)

⁸ Er is geen literatuuronderzoek verricht. 1. Nederland loopt voorop wat betreft ICT in de zorg. 2. De manier waarop de Nederlandse zorg is georganiseerd heeft invloed op de manier waarop multidisciplinaire samenwerking wordt ingericht.

⁹ Wat is nodig in de ICT ondersteuning? Inventarisatie van noodzakelijke gegevens bij een medicatiebeoordeling. De Eerstelijns 2015 (6):14-6.

5. RESULTATEN HUISARTS EN WIJKVERPLEEGKUNDIGE BIJ OUDERENZORG

Eerst wordt het zorgproces beschreven (5.1). Daarna wordt ingegaan op het werken met de huidige ICT ondersteuning (5.2) en met de in pilotprojecten gevonden ICT-platforms (5.3).

5.1 Beschrijving zorgproces HA-WVK bij ouderenzorg

In figuur 1 (pagina 27) is het gehele zorgproces bij ouderenzorg schematisch afgebeeld. Omdat het selectieproces geen deel uitmaakt van de samenwerking wordt dit onderdeel in Bijlage 1 besproken.

5.1.1 Verwijzing HA-WVK bij Ouderenzorg

Na het selecteren van (mogelijk) kwetsbare ouderen, zal de huisarts uiteindelijk een patiënt verwijzen naar de WVK voor verder onderzoek.¹⁰ Vraagstelling(en) bij verwijzing kunnen zijn:

- a. Vaststellen mate van kwetsbaarheid
- b. Probleeminventarisatie en opstellen zorgplan
- c. Zorg op maat bieden/begeleiden
- d. Monitoring en evaluatie

5.1.2 Vaststellen (mate van) kwetsbaarheid

Op dit moment bestaat hiervoor nog geen betrouwbaar en valide instrument. Veelal wordt gewerkt met verschillende methoden en instrumenten:

- Gesprek met patiënt en eventuele mantelzorgers
- Inschatting huisarts
- Instrumenten Trazag, Easycare, Groninger Frailty Indicator, Omaha, etc.

5.1.3 Inventarisatie probleemgebieden-opstellen zorgplan

Nadat kwetsbaarheid is vastgesteld volgt het inventariseren van de aandachts-probleemgebieden. Dit vindt plaats met verschillende instrumenten: SFMPC, SAMPC en OMAHA.¹¹ Vaak is het afhankelijk van de organisatie of werkgebied welk instrument men hanteert. Inhoudelijk is er veel overlap tussen de verschillende instrumenten.¹²

¹⁰ In principe kunnen sommige taken van de WVK ook door POH ouderenzorg worden uitgevoerd. Dit is out of scope van dit onderzoek.

¹¹ In andere werkgebieden zijn weer andere indelingsprincipes in gebruik. In de GGZ is de SCEGS indeling of de KOP methode van Rijnders gebruikelijk. Bij zelfredzaamheidsinstrumenten komen daar andere domeinen bij, bv.: financiën, middelengebruik enz. In de revalidatie-fysio-ergotherapie wereld gebruikt men veelal de ICF.

¹² Daarnaast hanteert de verpleegkunde een aantal verpleegkundige classificaties: NANDA-International (classificatie van verpleegkundige diagnoses), NIC (Nursing Intervention Classification), NOC (Nursing Outcome Classification), Omaha System (o.a. Buurt en thuiszorg), ICF (o.a. revalidatie, GGZ, ziekenhuis), RAIview (Residence Assessment Instrument) (VVT-sector). In Nederland is (nog) geen keuze voor een standaard gemaakt. Dat is ook lastig. Deze classificaties zijn veelal ontstaan vanuit verschillende achtergronden en geschiedenis. Elke classificatie heeft een eigen structuur met een eigen indeling in domeinen. Alle classificaties ondersteunen onderdelen van het verpleegkundig proces. De vraag is welke plaats deze verpleegkundige classificaties innemen in de samenwerking tussen zorgverleners.

Individueel Zorgplan

Na de fase van probleeminventarisatie wordt in onderling overleg tussen HA en WVK samen met patiënt (en mantelzorger) een Individueel Zorgplan (IZP) opgesteld en vastgesteld. Het IZP staat centraal bij het verlenen van gepaste zorg. Een IZP dat voor alle betrokkenen toegankelijk is, biedt houvast en overzicht bij de samenwerking.¹³ OMAHA is het enige systeem dat de probleeminventarisatie meteen koppelt aan het vaststellen van het zorgplan.

Definitie IZP

Het IZP is een dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand.

Het IZP bevat de doelen, acties en planning. Per actie zijn de verantwoordelijke personen benoemd. Bijvoorbeeld: de fysiotherapeut 1 maal per week looptraining, de WVK 2 maal per week voor wondverzorging. Daarnaast zijn de evaluatiemomenten vastgesteld en de zorgverlener die daarvoor verantwoordelijk is.

5.1.4 Zorg leveren en multidisciplinair samenwerken

Het proces van zorg leveren kenmerkt zich door een andere dynamiek dan bij het selecteren, verwijzen of inventariseren. Verlopen de eerste processen min of meer volgens een lineair patroon: iedere zorgverlener kan de eigen taken uitvoeren zonder veel tussentijdse afstemming met de ander.

Bij het verlenen van zorg kan er van alles tegelijk naast elkaar plaatsvinden. Iedere zorgverlener heeft daarin zijn eigen verantwoordelijkheid en moet daarnaast samenwerken en tussentijds afstemmen met de andere zorgverleners. De situatie van de patiënt kan ineens veranderen, waardoor eerder gemaakte plannen en acties anders verlopen, bv. acute ziekenhuisopname voor een pneumonie. Ook bij de uitvoering van afgesproken taken moet regelmatig afgestemd worden, bv. medicatiegiften aanpassen aan een nieuwe dagindeling. Iedere betrokken zorgverlener zou van deze situaties op de hoogte moeten zijn of het in ieder geval ergens terug moeten kunnen vinden.

Casemanager

Indien verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de zorg, wordt afgesproken wie de casemanager (CM) is bij deze patiënt. De CM zorgt voor afgestemde zorg voor de patiënt, heeft een coördinerende taak en hoeft niet uitvoerend te zijn.

5.1.5 Monitoren en evalueren

Ook bij het monitoren en evalueren de acties staat het IZP centraal. Regelmatig vindt er een evaluatie plaats op de beoogde doelen en planning. Indien een actie afgesloten is kan opnieuw bekeken worden wat eventueel een volgend doel en actie kan zijn. Indien tussentijds de situatie van de patiënt verandert, zal het IZP en de behandelafspraken hieraan aangepast worden. Het IZP is daarmee een levend document dat mee verandert wanneer de situatie daarom vraagt.

5.2 Huidige situatie: dossiervorming bij multidisciplinair samenwerken

De dynamiek van multidisciplinair samenwerken bij de zorg voor een patiënt vraagt veel van het communicatiebewustzijn en registratiediscipline van de bij de zorg betrokkenen.

5.2.1 Kwetsbaarheid en probleemgebieden

De verslaglegging over de mate van kwetsbaarheid en het inventariseren probleemgebieden vindt voornamelijk in het eigen systeem van de WVK plaats (WIS). Daarvoor zijn verschillende systemen op de markt met eigen indelingsprincipes voor de probleeminventarisatie.¹⁴ De HA'n geven aan niet alle bevin-

¹³ Bertholet E, Barnhoorn H, Kodde H. Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Velp, april 2013.

¹⁴ Visie Eenheid in begrip. Rapport VnVN, Utrecht, oktober 2014.

dingen van de instrumenten te willen zien. Alleen de conclusies en het zorgplan vinden zij voldoende. De WVK rapporteert haar eindconclusies en behandelvoorstel aan de HA. Hiervoor ontbreekt een format. Het Individueel Zorgplan (IZP) is hiervoor een heel geschikt instrument.

5.2.2 Zorg leveren en multidisciplinair samenwerken

Iedere zorgverlener is wettelijk verplicht een eigen dossier bij te houden met informatie dat voor goede en gepaste zorgverlening van belang is en als verantwoording voor het eigen handelen. Zeker is dat deze vorm van dossiervoering zal blijven bestaan. Ook voor de patiënten bij wie multidisciplinair wordt samengewerkt.

HA en WVK leggen in hun eigen systeem vast wat van belang is voor goede en gepaste zorgverlening en als verantwoording voor het eigen handelen. De HA in zijn HIS en de WVK in het Wijkverpleegkundig Informatiesysteem (WIS).

Individueel Zorgplan

Op dit moment is er een IZP model door NHG samen met NPCF en Vilans beschreven. Het werken met een IZP wordt gefrustreerd door het ontbreken van adequate ICT ondersteuning. Het IZP is nog niet standaard in HIS geïntegreerd. Diverse KISen bieden IZP functionaliteit aan, maar daarmee is het nog geen samenwerkingsplatform met de WVK. Want de WVK heeft (nog) geen toegang tot het KIS.

Indien voor het samenwerken een IZP met zorgafspraken, verantwoordelijken en acties is opgesteld, wordt deze daarom voornamelijk op papier of in een aparte module opgesteld en als document (papier, pdf, Word) met elkaar gedeeld. De huisarts neemt het IZP meestal als correspondentie op in het EPD van de patiënt. De huisarts legt daarvan soms een kort verslag of samenvatting in SOEP regels (H-EPD) vast.

Het actueel en synchroon houden van het IZP vergt behoorlijk wat alertheid en inspanning van alle betrokkenen. Nieuwe informatie of afspraken n.a.v. tussentijdse overleg of evaluatie maken aanpassingen in het IZP noodzakelijk. Hoe zou deze aanpassing verwerkt en gecommuniceerd moeten worden?

- a. Degene met het voorstel tot aanpassing, past het aan in het IZP en stuurt deze aangepaste versie van het IZP door aan alle betrokkenen. Alle betrokkenen slaan de aangepaste versie van het IZP op in hun eigen systeem.
- b. Degene met het voorstel tot aanpassing, stuurt de informatie door aan een centraal afgesproken persoon, bv. CM. Deze persoon verwerkt de verandering in het IZP. De centrale persoon stuurt de aangepaste versie van het IZP aan alle betrokkenen door. Alle betrokkenen slaan de bijgewerkte versie op in hun eigen systeem.

Andere informatie van belang voor de zorg

Naast de doelen, zorgafspraken en acties in het IZP kan bepaalde informatie van belang zijn om te delen, zonder dat de IZP aangepast hoeft te worden. Nieuwe informatie legt de zorgverlener vast in het eigen dossier. Als dezelfde informatie ook van belang is voor de gezamenlijke zorg van de patiënt, dan maakt hij deze informatie kenbaar aan de andere zorgverleners/zorgteams via beveiligde communicatiekanalen. De ontvangende zorgverleners/teams moeten de nieuwe informatie zelf in hun eigen systeem verwerken, zodat zij zelf over actuele informatie beschikken. Ook na een onderling overleg (vis à vis, telefonisch, mail, enz.) verwerkt iedere zorgverlener de nieuwe afspraken in zijn of haar eigen dossier.

Duidelijk is dat deze manier van werken knelpunten oplevert in het actueel en synchroon houden van de informatie voor alle betrokkenen.

5.3 Experimentele situatie: samenwerken op een samenwerkingsplatform

5.3.1 Regionale projecten

Verschillende regio's zijn bezig met het werken op een elektronisch samenwerkingsplatform. Uit de werkbezoeken bij de regionale projecten wordt duidelijk dat voor het samen zorg verlenen aan een

patiënt een soort gezamenlijk werkomgeving nodig is, ook wel een virtuele overlegtafel of een samenwerkingsplatform genoemd. Daarbij leggen ze steeds de focus op één of meerdere functies van een samenwerkingsplatform:

- In Haaksbergen waar een intensieve samenwerking is tussen een gezondheidscentrum en een Buurtzorgteam, gebeurt de aanmelding en het versturen van de verwijsbrief structureel via een beveiligd platform van Buurtzorg. Ook onderhouden de teams intensief tussentijds contact via Zorgmail over de zorg van de patiënt.
- In Nijmegen (ZWIP) ligt de nadruk vooral op het veilig mailberichten uitwisselen rond een patiënt. Hoog op hun wensenlijst staat inzage in het medicatie overzicht en episodelijst met attentiewaarde van de huisarts.
- De Ouderenmodule in het KIS van Vital Health (Noordwijk) en het eGPO (Den Haag) zijn elektronische platforms waar samen aan een IZP gewerkt kan worden.
- **Tijdens de looptijd van het onderzoek waren enkele KISen bezig een Ouderenmodule of een IZP te implementeren voor de POH somatiek in de huisartsenpraktijk. Er waren er geen KISen die de functies van een multidisciplinair samenwerkingsplatform voor huisarts en wijkverpleegkundige ondersteunen.**

5.3.2 Benodigde functies op een samenwerkingsplatform

HA, en WVK werken voor de samenwerking op een samenwerkingsplatform. Daarnaast leggen zij nog steeds in gescheiden dossiersystemen hun eigen bevindingen en behandelingen vast; de HA in zijn HIS en de WVK in haar systeem (WIS).

Als alle functies van de verschillende regionale platforms samen worden gebundeld, is een lijst te genereren met functies die een samenwerkingsplatform nodig heeft om als zodanig te kunnen werken. Deze lijst van beoogde functies is nergens als totaal functionerend. Ook zal de lijst waarschijnlijk niet uitputtend zijn. Bij verdere ervaringen met samenwerkingsplatforms kunnen nieuwe wensen naar voren komen. Het is tenslotte een nieuwe manier van werken. Dit betekent dat het met kleine stappen zal uitgroeien, net zoals de HISen stapsgewijs zijn ontwikkeld tot de HISen die het nu zijn.

De volgende functies zijn nodig voor een samenwerkingsplatform:

- a. **Een IZP.** Een gezamenlijk opgestelde zorgplan dient als kapstok bij het samenwerken. In het IZP staan n.a.v. de probleeminventarisatie: de probleemgebieden, de doelen, zorgafspraken en evaluatiemomenten. De verantwoordelijke voor elke zorgafpraak is vastgelegd. Het IZP is ook het instrument om deze zorgafspraken te monitoren en te evalueren. Aanpassingen in het IZP worden op het samenwerkingsplatform verwerkt. De betrokken zorgverleners krijgen hierover een bericht.

Waar nog geen plaats voor is ingeruimd zijn de verslagen en conclusies van de acties die zijn uitgevoerd door de verschillende verantwoordelijke zorgverleners.

Daarnaast zijn nog andere functies onontbeerlijk voor de samenwerking:

- b. **Contextgevoelige, veilige berichtuitwisseling.** In het ideale geval heeft een patiënt in samenwerkingsplatform naast een IZP ook wolk van berichten over hem of haar. Er vindt namelijk tussentijds vraag en antwoord, kort inhoudelijk overleg en signalering plaats. Daarbij gaat het om snel schakelen, bv. WVK signaleert toenemende onrust. Zij vraagt aan HA: visite of aanpassing van bestaande medicatie? Deze dynamiek hoeft niet in aanpassingen in het IZP resulteren. Zij zijn wel inhoudelijk relevant om te delen met de rest van de betrokken zorgverleners. Om te voorkomen dat anderen dezelfde signalen melden of andere acties ondernemen. De eenheid van deze berichten is de patiënt. Deze berichten zijn daarom op het samenwerkingsplatform per patiënt samengebundeld (context).¹⁵
- c. Op het samenwerkingsplatform is per patiënt een **actuele samenvatting uit het H-EPD ter inzage**. Relevante episodes (met attentiewaarde), operaties, profylaxe, medicatie-overzicht, voortijdig gestaakte medicatie, allergieën. Indien relevant zijn ook zaken als sociale gegevens en bepaalde (laboratorium)uitslagen ter inzage. Dit dient nog nader gespecificeerd te worden. Hiermee is iedere zorgverlener voorzien van actuele relevante informatie. Indien er veranderingen optreden in het beeld of medisch beleid, bv. een nieuwe diagnose (TIA) en nieuwe medicatie (Ascal), dan hoeft de HA het alleen vast te leggen in het H-EPD. Door de inzagefunctie is deze informatie meteen beschikbaar voor de andere zorgverleners op het samenwerkingsplatform. Omgekeerd heeft de HA bijvoorbeeld de samenvattingen en evaluatie rapporten uit het WVK dossier ter inzage. De precieze inhoud hiervan moet nog nader worden onderzocht.

¹⁵ De informatie in deze berichtenwolk valt onder het medisch dossier.

- d. **Lijst van betrokken zorgverleners.** Hiermee wordt een soort adresboek bedoeld met bereikbaarheidsgegevens en -tijden, werkdagen, vakantieperiode van alle bij één patiënt betrokken zorgverleners. Hier zouden ook de contactgegevens van de mantelzorger(s) aan toegevoegd kunnen worden. Ook is bekend wie als **casemanager (CM)** is aangewezen. Dit staat in de lijst met betrokkenen aangegeven, inclusief bereikbaarheidsgegevens en vervanging.

5.3.3 Optionele functies op een samenwerkingsplatform

Verslagen van het Multidisciplinair overleg en de Medicatiebeoordeling/polyfarmacie komen in de onderzochte projecten terecht in een archief van verslagen. Voor de beginfase is dat voldoende.

- e. **Multidisciplinair overleg (verslag)** Indien nog vis à vis MDO's over deze patiënt plaatsvinden, zou het verslag hiervan ook ter inzage terug te vinden moeten zijn. In de ideale situatie zouden tijdens het MDO aanpassingen in IZP al doorgevoerd zijn. Het MDO verslag dient dan hoogstens om de argumenten en overwegingen bij de veranderingen vast te leggen. Of voor argumenten en overwegingen om iets niet te doen of in te zetten.
- f. **Medicatiebeoordeling/polyfarmacie verslag** Indien patiënt een medicatiebeoordeling heeft doorlopen zijn de uiteindelijke afspraken in het actueel medicatieoverzicht in het dossier van de huisarts en apotheker te vinden. In het verslag zijn de gestelde doelen en de probleeminventarisatie terug te vinden.

5.3.4 Ervaringen bij het samenwerken via een platform

De bezochte projecten hadden vaak maar één of een paar functies werkend. Toch waren de reacties over deze (beperkte) manier van werken positief. Elke functie gaf de samenwerking een boost. De samenwerking verloopt daarmee soepeler. Door vooraf de probleemgebieden in kaart te hebben is er meer overzicht. In een crisissituatie is sneller duidelijk wat er gebeuren moet en wie welke rol daarin moet vervullen. Men weet elkaar beter te vinden en weet meer over elkaars expertise.

Integratie van verschillende informatiesystemen en samenvattingen uit elkaars dossiers zijn grote wensen die nog niet zijn geëffectueerd.

Een inzicht uit Nijmegen is dat Ouderenzorg alleen als business case te smal is om een dergelijk samenwerkingsplatform in te richten. Het idee is om het als generiek instrument in te zetten voor andere situaties van multidisciplinair samenwerken bij zorg aan chronische aandoeningen en/of complexe zorg. Bijvoorbeeld: palliatieve zorg, dementie, (psychiatrische) jeugdzorg, patiënten met CVA, ziekte van Parkinson, ALS etc.

Aangezien de gegevens die in het samenwerkingsplatform gedeeld worden privacygevoelig zijn, is overal de standaard van een 2-factor authenticatie bij de toegang tot de data in werking. Dat wil zeggen een token (bv. pasje) of biologisch parameter (bv. iris scan, duimafdruk) gecombineerd met een persoonlijk password. Dit geldt ook voor de patiënt (en mantelzorger), indien die ook toegang tot het samenwerkingsplatform hebben.

Resumerend zijn de consequenties van het werken zonder en met een samenwerkingsplatform in tabel 1 op een rijtje gezet.

Tabel 1 Consequenties van werken zonder of met een samenwerkingsplatform

	Zonder Samenwerkingsplatform	Met Samenwerkingsplatform
EPD	Werken in eigen dossiersysteem. Niet weer iets nieuws erbij	Werken in eigen dossiersysteem en op een samenwerkingsplatform. Vergt een nieuwe manier van werken
IZP	Betrokken zorgverleners beheren zelf een IZP, in welke vorm dan ook, in hun eigen dossiersysteem	Betrokken zorgverleners beschikken over de meest recente versie van het IZP op het samenwerkingsplatform
Bij aanpassing IZP	Degene die de aanpassing doorvoert, moet de nieuwe versie van het IZP aan alle betrokkenen versturen	Degene die de aanpassing doorvoert, doet dat op het samenwerkingsplatform
Na aanpassing IZP	Betrokken zorgverleners <ul style="list-style-type: none"> • krijgen een volledig nieuwe versie van het IZP toegestuurd • moeten de nieuwe versie IZP adequaat en op tijd verwerken in eigen dossier 	Betrokken zorgverleners <ul style="list-style-type: none"> • krijgen alleen een bericht van een wijziging in IZP • hoeven niet zelf een IZP in hun eigen systeem te beheren
Nieuwe informatie relevant voor samenwerking	Informatie delen in eigen beheer. Zorgverlener bepaalt zelf wanneer en met wie hij informatie deelt	Nieuwe informatie (bv. wijziging medicatie) in eigen EPD op adequate wijze vastleggen, zodat op het samenwerkingsplatform deze informatie in het actuele medicatie overzicht te zien is.
	De ontvanger van nieuw informatie moet dit adequaat en op tijd verwerken in eigen dossier	Nieuwe informatie is via inzagefunctie voor alle betrokkenen op het samenwerkingsplatform
Berichtenverkeer	Veel informatie via berichten met alle betrokkenen gedeeld.	Inhoudelijke berichten zijn op het samenwerkingsplatform voor alle betrokkenen ter inzage
	Berichten over één patiënt moeten in eigen systeem zelf beheerd/bij elkaar gezocht worden.	Berichten zijn op het samenwerkingsplatform bij het dossier van een patiënt te vinden.
Lijst van betrokkenen	Iedere zorgverlener moet zelf de lijst van alle bij de zorg betrokkenen bijhouden	Centraal op het samenwerkingsplatform bij te houden

5.4 Conclusies over samenwerking HA en WVK bij ouderenzorg

- Het proces van selecteren van kwetsbare ouderen en verwijzen van HA naar WVK, kan in principe met de instrumenten in de huidige HISen worden uitgevoerd. (Bijlage 1)
- Zeker is dat dossievoering in het eigen systeem van de zorgverlener zal blijven bestaan, als verslag van goede zorg en verantwoording voor het eigen handelen. De HA in een HIS en de WVK in een WIS. Dit geldt óók voor de patiënten bij wie multidisciplinair wordt samengewerkt.
- De huidige manier van werken levert knelpunten op in het actueel en synchroon houden van de informatie voor alle betrokkenen. De dynamiek van multidisciplinair samenwerken bij de zorg voor een patiënt vraagt veel van het communicatiebewustzijn en registratiediscipline van de bij de zorg betrokkenen.
- Het Individueel Zorgplan staat centraal in de samenwerking tussen HA-WVK. Op dit moment wordt het werken met een zorgplan gefrustreerd door het ontbreken van adequate ICT ondersteuning. Het IZP wordt mondjesmaat in HIS (of KIS of anderszins) geïntegreerd.
- **Tijdens de looptijd van het onderzoek waren enkele KISen bezig een Ouderenmodule of een IZP te implementeren voor de POH somatiek in de huisartsenpraktijk. Er waren er geen KISen die de functies van een multidisciplinair samenwerkingsplatform voor huisarts en wijkverpleegkundige ondersteunen.**
- Een samenwerkingsplatform heeft toegevoegde waarde voor de multidisciplinaire samenwerking tussen HA en WVK bij het verlenen van zorg aan ouderen. De toegevoegde waarde ligt niet alleen de actualiteit en synchronisatie van de informatie, maar ook in het zichtbaar maken van de samenwerking en het expliciet afspreken van de verantwoordelijkheden.

- Een dergelijke samenwerkingsplatform dient de volgende functies te ondersteunen. Per patiënt is mogelijk om:
 - IZP (behandeldoelen, zorgafspraken, verantwoordelijken en evaluatiemomenten) bij te kunnen houden
 - Beveiligde berichten kunnen uitwisselen rond één patiënt
 - Inzage van professionele samenvattingen uit dossiers van betrokken zorgverleners
 - Lijst met betrokkenen, inclusief CM
- Een samenwerkingsplatform moet zo generiek mogelijk opgebouwd zijn, zodat het ook inzetbaar is voor andere zorggebieden, zoals: palliatieve zorg, dementie, (psychiatrische) jeugdzorg, Parkinson etc.
- Functionele integratie tussen HIS en samenwerkingsplatform is van belang. Voor de huisarts moet het als een geheel werken. Daarnaast wil een huisarts niet voor elk platform steeds weer opnieuw moeten inloggen.
- In verband met de privacygevoelige gegevens op een samenwerkingsplatform is de standaard van een 2-factor authenticatie bij de toegang noodzakelijk. Dit geldt niet alleen voor de betrokken zorgverleners, maar ook voor de patiënt (en mantelzorger), indien zij toegang tot het samenwerkingsplatform hebben.

6. RESULTATEN HUISARTS EN APOTHEKER BIJ OUDEREN MET POLYFARMACIE

De processtappen voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling (MBO) is in de MDR Polyfarmacie bij ouderen beschreven en is hier voor de volledigheid gekopieerd (6.1). In 6.2 is het samenwerken aan een MBO met de huidige informatiesystemen beschreven en ten slotte welke ICT-ondersteuning gewenst is (6.3).

6.1 Beschrijving processtappen bij MBO

In figuur 2 (pag. 27) is het gehele zorgproces bij ouderenzorg schematisch afgebeeld. Omdat het selectieproces geen deel uitmaakt van de samenwerking wordt dit onderdeel in Bijlage 1 besproken.

De zorg voor ouderen met polyfarmacie vraagt om samenhang, afstemming en samenwerking tussen huisarts en apotheker en patiënt. Daarbij is het van belang dat het proces niet beperkt blijft tot het alleen over en weer sturen van informatie, maar dat beide partijen goed op de hoogte zijn van de overwegingen bij de MBO en de voorgestelde wijzigingen in het medicatiebeleid onderschrijven.

6.1.1 Voorbereiding

Voor een MBO moeten patiënten worden geselecteerd met een hoog risico op medicatie gerelateerde problemen. In de multidisciplinaire richtlijn is dit gedefinieerd als patiënten met *polyfarmacie* (chronisch gebruik van ≥ 5 geneesmiddelen), met een leeftijd hoger dan 65 jaar en kwetsbaarheid (met minstens één van enkele genoemde patiëntkenmerken, i.e. risicofactoren).

Na verkregen toestemming van patiënt voor het uitvoeren van een MBO dienen minstens: de actuele medicatie inclusief de indicatie, de geneesmiddelallergieën en intoleranties, contra-indicaties en de voortijdig gestaakte medicatie worden verzameld.

Een MBO start het liefst met een complete set van gegevens. Daarvoor dienen beide partijen deze gegevens vooraf met elkaar uit te wisselen en te consolideren. Door elkaar te informeren kunnen beide professionals over dezelfde gegevens beschikken en met elkaar erover in een overleg treden.

- De apotheker stelt het actueel medicatieoverzicht op en deelt deze met de HA.
- De huisarts stelt een overzicht op met de benodigde baseline gegevens en deelt deze met de apotheker.¹⁶
- Huisarts en apotheker treden met elkaar in overleg bij onvereenigbare discrepanties tussen beide overzichten en trekken dat gelijk in beide dossiers.

6.1.2 Stap 1 Farmacotherapeutische anamnese

In de farmacotherapeutische anamnese (een gesprek tussen patiënt en zorgverlener, meestal de apotheker) komen aan de orde: de algemene ervaringen, wensen en beleving van de patiënt aangaande diens medicatie. Ook het actuele geneesmiddelengebruik en de daaraan gerelateerde problemen komen ter sprake. Centraal in de farmacotherapeutische anamnese staat het actuele medicatieoverzicht dat in elk apothekers- of huisartsinformatiesysteem kan worden aangemaakt, inclusief gegevens over contra-indicaties, bekende geneesmiddelallergieën en -intoleranties.

¹⁶ In de MDR is sprake van “Medische voorgeschiedenis”, hieronder wordt verstaan diagnoses en klachten, operaties en behandelingen die relevant zijn voor de medicatiebeoordeling. In het EPD zullen dit veelal zijn: open episodes met attentiewaarde en Operaties en behandelingen. Daarnaast zijn gestopte geneesmiddelen met reden van staken, bijwerkingen op geneesmiddelen, (contra)indicaties, intoleranties en specifieke meetwaarden (nierfunctie, natrium, kalium, bloeddruk) van belang. In tweede instantie kunnen in specifieke gevallen de hoogte van de BMI, HbA1c, leverfuncties en lipidspectrum van belang zijn.

6.1.3 Stap 2 Farmacotherapeutische analyse

De verzamelde gegevens uit de farmacotherapeutische anamnese worden in een farmacotherapeutische analyse geordend en gewogen.

Daarbij wordt gebruik gemaakt van de STOPP- en START-criteria die bij de MDR Polyfarmacie bij ouderen zijn geformuleerd. Door gebruik van STOPP- en START-criteria optimaliseert het geneesmiddelgebruik bij ouderen en vermindert het aantal problemen en geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames.¹⁷

Bij het afwegen spelen naast de levensverwachting ook de wensen, ervaringen en specifieke kenmerken van de patiënten een grote rol.

6.1.4 Stap 3 Overleg arts en apotheker: opstellen concept farmacotherapeutisch behandelplan

Arts en apotheker overleggen over de gesignaleerde farmacotherapeutische problemen en stellen – bij voorkeur elektronisch – gezamenlijk een concept farmacotherapeutisch behandelplan op. Dit bevat de behandelingsdoelen, prioritering en te ondernemen acties, alsmede de wensen van de patiënt naast specifieke patiëntkenmerken en -ervaringen en de levensverwachting.

6.1.5 Stap 4 Overleg met de patiënt: vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan

Bespreek de voorgestelde veranderingen met de patiënt of diens verzorgende en neem op grond daarvan de definitieve beslissing welke wijzigingen worden doorgevoerd. Maak daarbij een tijdspad voor elke verandering. Geef de wijzigingen op schrift mee zodat de patiënt dit kan nalezen of kan bespreken met de mantelzorg. Verwerk de aanpassingen ook in de medicatieafspraken in het dossier van de patiënt en communiceer dit met de andere behandelaars.

6.1.6 Stap 5 Follow-up en monitoring

Apotheker en arts maken afspraken over de controle op en de evaluatie van de afgesproken acties in het farmacotherapeutisch behandelplan. De evaluatie met de patiënt vindt binnen drie maanden na de aanpassingen plaats.

6.2 Huidige situatie: dossiervorming en gegevensuitwisseling bij het uitvoeren van een MBO

Op dit moment zijn in de huidige HISen (en AISen) weinig instrumenten voorhanden om een MBO goed te kunnen uitvoeren en evalueren.¹⁸ De meeste apothekers gebruiken een aparte module naast het AIS om de MBO uit te voeren. De integratie tussen het AIS en de door apothekers gebruikte modules om een MBO uit te voeren is niet optimaal. Uitwisseling tussen deze modules met een HIS komt al helemaal niet voor. Dit betekent dat veel dubbelregistratie plaatsvindt. Uitwisseling van de gegevens en overzichten vindt veelal via papier of digitale documenten plaats.¹⁹ In een HIS is het normale gereedschap voor het vastleggen van een consult en gegevens delen is niet toereikend voor het kunnen samenwerken bij een MBO. Daarnaast is er een knelpunt van medicatie geïnitieerd door medisch specialisten. Het wijzigen van deze medicatie vergt de tijdsinvestering van intercollegiaal overleg.

Een huisarts kan een MBO voorlopig op de volgende beperkte manier vastleggen en verwerken in het EPD van de patiënt:

6.2.1 Voorbereiding

Na toestemming van de patiënt voor het uitvoeren van een MBO maakt de huisarts een episode Polyfarmacie/medicatiebeoordeling [A49.02] aan. In deze episode kunnen in een deelcontactverslag de

¹⁷ Onjuist geneesmiddelgebruik bij ouderen opsporen. De herziene STOPP- EN START-criteria. Ned Tijdschr Geneesk 2015; 159: A8904.

¹⁸ Eindverslag Implementatie- en evaluatieproject Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht NHG en IVM, 2014.

¹⁹ Koster L, Hoeben T, Peeters C, Plu R. Generieke kosten medicatiebeoordeling. Een instrument om te komen tot afspraken. KNMP, Barneveld, 27 januari 2014.

gegevens en overwegingen voor het vaststellen van de kwetsbaarheid vastgelegd worden. Ook kan in deze episode een eventuele weigering op de uitnodiging vastgelegd worden.

Voor aanvang van een MBO dient een bepaalde set aan gegevens, hier baseline gegevens genoemd, verzameld te worden in een overzicht. Elk HIS heeft een beperkte mogelijkheid voor een dergelijke uitdraai: medicatiepaspoort, ORIA overzicht, medicatieoverzicht, enz. De baseline gegevens zijn:

- Actuele medicatieoverzicht inclusief de indicaties,
- Vastgelegde contra-indicaties conform contra-indicatieaarden (CIA, G-standaard code)
- Vastgelegde Overgevoeligheden (G-standaard code) inclusief:
 - Vrije tekstveld voor de omschrijving van waargenomen overgevoeligheidsreactie
 - Ernst van de overgevoeligheidsreactie (NHG tabel)
 - Blokkade voor toekomstig voorschrijven

Het NHG constateert dat noch de huisarts, noch de apotheker over deze volledige set van benodigde gegevens beschikken in hun dossiers. Bij de huisarts kunnen de medicatieafspraken ontbreken die buiten de huisartsenpraktijk zijn geïnitieerd. Bij de apotheek ontbreken de medisch inhoudelijke gegevens (indicatie, contra-indicatie, allergie-intolerantie voor geneesmiddelen) en soms de gegevens van andere apotheken waar de patiënt ook zijn/haar medicijnen haalt.

6.2.2 Stap 1 Farmacotherapeutische anamnese

- A. Indien het eerste gesprek in de huisartspraktijk zelf plaatsvindt, kan degene die het gesprek voert, als basis gebruik maken van een van deze mogelijkheden in het HIS.
 - Voor de gedetailleerde vastlegging van het eerste gesprek met de patiënt is waarschijnlijk een apart formulier nodig. In de episode A49.02 wordt alleen een korte samenvatting gegeven van de voornaamste bevindingen.
 - Het gedetailleerd verslagformulier komt als correspondentie in het EPD van de patiënt.
 - Het gedetailleerd verslagformulier wordt verstuurd naar de apotheker voor de farmacotherapeutische analyse.
- B. Indien de apotheker het eerste gesprek met de patiënt uitvoert, kan het overzicht met baseline gegevens als pdf of op papier met de apotheker gedeeld worden.
 - De apotheker gebruikt de door de huisarts aangeleverde gegevens bij het voeren van het eerste gesprek met de patiënt.
 - Indien afgesproken is dat de huisarts op de hoogte gesteld wordt van de bevindingen van dit eerste gesprek (bv. afwijkend gebruik door patiënt), dan gebeurt dit weer via pdf of op papier.
 - De huisarts slaat het document op onder correspondentie van de patiënt.
 - De huisarts maakt in een deelcontactverslag een aantekening van het afwijkend medicatiegebruik door patiënt.

6.2.3 Stap 2 Farmacotherapeutische analyse

De farmacotherapeutische analyse wordt meestal door de apotheker uitgevoerd en opgesteld. Daarvoor gebruikt een apotheker een meestal eigenstandig programma speciaal ontwikkeld voor het uitvoeren van een MBO. Daarvoor zijn verschillende programma's in omloop.

6.2.4 Stap 3 Overleg arts en apotheker: opstellen concept farmacotherapeutisch behandelplan

Aan de hand van de FT analyse wordt een voorstel tot Farmacotherapeutisch (FT) behandelplan opgesteld door huisarts en apotheker. De huisarts verandert de episode Polyfarmacie/medicatiebeoordeling [A49.02] in een episode FT behandelplan [A13]. Binnen deze episode legt hij in een deelcontactverslag de voorgenomen medicatiewijzigingen vast of slaat het voorstel tot FT behandelplan als correspondentie bij deze episode op in het EPD. In het FT behandelplan wordt ook opgenomen wie welke actie uitvoert en evalueert met de patiënt.

6.2.5 Stap 4 Overleg met de patiënt: vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan

Het concept FT behandelplan wordt met patiënt besproken. De versie waarmee de patiënt uiteindelijk akkoord is gegaan, is het definitief behandelplan. Deze dient op een voor gestructureerd formulier (papier of digitaal) vastgelegd te worden. Dit formulier kan als document (pdf) in correspondentie van

de patiënt opgenomen worden. Daarnaast zorgt de HA ervoor dat in het dossier van de patiënt de aanpassingen van de medicatieafspraken in de relevante ziekte episodes worden vastgelegd. Op basis van lokale afspraken kan het aantal communicatie momenten cq. delen van alle formulieren beperkt blijven tot het aanvangsoverzicht en het uiteindelijke FT behandelplan.

6.2.6 Stap 5 Follow-up en monitoring

De dynamiek bij de follow-up en monitoring van FT behandelplan hangt sterk af van de werkafspraken en afgesproken taakverdeling tussen HA en APO.

Indien één van de twee de acties uit het FT behandelplan uitvoert, is het relatief simpel. Dan volstaat het om de andere partij regelmatig op de hoogte te stellen van de voortgang en bij relevante wijzigingen.

Indien zowel HA als APO stukjes van het FT behandelplan uitvoeren vraagt dat veel communicatiebewustzijn en registratiediscipline van beide partijen. Daarbij wordt steeds gerapporteerd wanneer een actie is uitgevoerd en wanneer een aanpassing met de patiënt is geëvalueerd.

Dit kunnen de HA en APO doen door elkaar een aangepaste versie van het FT behandelplan te sturen of een bericht van een uitgevoerde actie. In beide gevallen zal de ontvangende partij of de nieuwe versie van het FT behandelplan moeten opslaan of de gerapporteerde actie in het FT behandelplan in eigen dossier verwerken.

6.3 Toekomstige situatie: gewenste ICT ondersteuning bij een MBO

Op dit moment vormt de ICT ondersteuning van het MBO proces een van de grootste knelpunten voor de invoering ervan.²⁰ De verwachting is dat door betere afstemming tussen de systemen en instrumenten binnen de systemen een MBO gemakkelijker en met meer overzicht uitgevoerd zou kunnen worden en een aanzienlijke tijds winst bij het uitvoeren van een MBO zal opleveren.²¹ In de volgende paragrafen zal aan de hand van het stappenplan uit de MDR beschreven worden wat er aan overzichten en ondersteuning gewenst is bij het uitvoeren van en samenwerken bij een MBO.²²

- Met dit teken in de tekst wordt aangegeven wat nodig en wenselijk is om een MBO te kunnen vastleggen en monitoren.

6.3.1 Voorbereiding MB

Gewenste ICT ondersteuning voor het verzamelen van de baseline gegevens voor een MBO

- *Een overzicht over de algemeen farmacotherapeutisch informatie van de patiënt is noodzakelijk. Deze gegevens zijn voor een deel uit het EPD te halen (contra-indicaties, allergieën en overgevoeligheden, relevante episodes) en voor een deel kunnen zaken aan het licht komen tijdens het gesprek met de patiënt (FT voorgeschiedenis, gebruik van grapefruitsap). In het kader van dossiervorming van een zorgprofessional zou het ideaal zijn als dezelfde gegevens set in beide dossiers te vinden is.*
 - **Vastgelegde contra-indicaties conform contra-indicatieaarden (CIA, G-standaard code)**
 - **Vastgelegde Overgevoeligheden (G-standaard code)**
- *Het kunnen verzamelen van de baseline gegevens set voor een MBO in het eigen systeem.*
- *De gegevens van de andere partij kunnen toevoegen aan de baseline gegevens set in eigen systeem.*
- *Discrepanties tussen huisarts en apotheker gegevens kunnen opsporen en opheffen.²³*
- *Het per geneesmiddel in een overzicht kunnen tonen van*
 - **Episode titel (indicatie)**
 - **Voorgeschreven geneesmiddel**
 - **Voorgeschreven gebruik**
 - **Geformuleerd Beleid bij episode**

²⁰ De Bruijne et al. Farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare ouderen met polyfarmacie. Amsterdam, EMGO+ Instituut, 2014.

²¹ Lemmens LC, Weda M. Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën. Bilthoven, RIVM briefrapport 080027001, 2013.

²² Zonder een uitspraak te doen voor de toekomstige situatie in wat voor een soort systeem of XIS dit moet plaatsvinden.

²³ Hierbij zal voor het verschil in GPK (HA) en HPK (APO) een oplossing moeten worden gevonden. Het is geen onoverkomelijke discrepantie.

6.3.2 Stap 1 Farmacotherapeutische anamnese

Gewenste ICT ondersteuning

- Voor het aanvullen van het medicatieoverzicht met de ervaringen van de patiënt is het noodzakelijk dat bij de actuele medicatie de volgende zaken kunnen worden genoteerd (vrije tekstvelden per geneesmiddel):
 - a. *Werkelijk gebruik (inclusief tijdstip of dagdeel) zoals de patiënt vertelt.*²⁴
 - b. *Inventarisatie van de problematiek. Vrij tekstveld met een SOEP/achtige structuur, waarbij duidelijk wordt onderscheiden wat de patiënt zegt en wat de beoordelaar opmerkt, concludeert en van plan is. Deze manier van werken geeft de mogelijkheid om informatie uit deze stap als voorzet te gebruiken voor de verschillende vervolgstappen.*
 1. *S-regel voor wat patiënt of mantelverzorgende zegt.*
 2. *O-regel voor wat de zorgverlener zelf opmerkt.*
 3. *E-regel conclusie over het gebruik. Dit is een voorzet voor de fase van de Farmacotherapeutische analyse.*
 4. *P-regel Voorgestelde wijziging. Dit is voorzet voor het opstellen van het concept Behandelplan.*²⁵
- *Het is mogelijk om de relevante bespreekpunten/problemen meteen te kunnen markeren.*²⁶
- *Het is mogelijk om de zaken die ongewijzigd doorgaan conform afspraak te autoriseren.*
- *In het kader van dossiervorming van een zorgprofessional zou het ideaal zijn als de aanvullingen uit het gesprek met de patiënt (en/of mantelverzorgende) in beider dossiers te vinden is.*

6.3.3 Stap 2 Farmacotherapeutische analyse

Gewenste ICT ondersteuning

Voor het uitvoeren van een FT analyse zijn de volgende overzichten en functies noodzakelijk:

- *Overzicht over algemeen farmacotherapeutisch informatie*
- *Daarnaast is het volgende overzicht per geneesmiddel noodzakelijk:*
 - **Episode titel (indicatie)**
 - **Voorgescreven geneesmiddel**
 - **Voorgescreven gebruik**
 - **Geformuleerd beleid bij episode**
 - *Relevante diagnostische bepalingen*
 - *Probleeminventarisatie met conclusies uit analysefase (voorzet hiervoor zijn E-regels per geneesmiddel uit stap 1)*
- *Het is mogelijk om de relevante bespreekpunten meteen te kunnen markeren.*
- *Het is mogelijk om het overzicht na de analyse uit te wisselen met de bij MBO betrokken zorgverlener(s).*

6.3.4 Stap 3 Opstellen concept farmacotherapeutisch behandelplan

Gewenste ICT ondersteuning

Bij het opstellen van een concept FT behandelplan zijn de volgende overzichten en functies voor de bespreking tussen HA en APO noodzakelijk:

- *Overzicht over algemeen farmacotherapeutisch informatie*
- *Daarnaast is het volgende overzicht per geneesmiddel noodzakelijk:*
 - **Episode titel (indicatie)**
 - **Voorgescreven geneesmiddel**
 - **Voorgescreven gebruik**
 - **Geformuleerd beleid bij episode**

²⁴ De gebruiker kan daarbij kiezen om de geneesmiddelen die conform afspraak worden ingenomen en waarbij er geen issues tav werkzaamheid of gebruik naar boven komen leeg te laten of tekst (gb of conform afspraak) te noteren.

²⁵ Huisartsen zijn gewend om deze structurering van het consult te hanteren. Apothekers zijn voor het merendeel bekend met het begrip SOEP structuur, maar hebben nog geen praktijkervaring met het toepassen ervan in de praktijk. De verwachting is als deze manier vastleggen de volgende stappen van de MBO op een nuttige manier ondersteunt, deze manier van werken snel ingeburgerd zal raken.

²⁶ Dit kunnen ook medicatieafspraken betreffen die ongewijzigd doorgaan. Bv. zorg elk jaar nieuwe voorraad van isosorbidinitraat ivm werkzaamheid.

- Diagnostische bepalingen
- Probleem inventarisatie (E-regel uit anamnese MB) en aanvullingen
- Voorgestelde plan (P-regels uit anamnese MB) en aanvullingen
- Nu aanpakken? Vinkje indien JA²⁷
- Voor de zaken die aangepakt zullen gaan worden (vinkje JA) kan een concept taken/actielijst worden ingevuld voor de uitvoering ervan. Per voorgestelde verandering vastleggen:
 - Beoogd doel of resultaat
 - Welke actie
 - Persoon die actie uitvoert (taak)
 - Persoon die actie controleert (eindverantwoordelijk)
 - Evaluatiemoment(en)
- Het is mogelijk om de relevante punten meteen te kunnen markeren in het concept FT behandelplan.
- Het is mogelijk om het concept FT behandelplan uit te wisselen met de bij MBO betrokken zorgverlener(s).

6.3.5 Stap 4 Vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan

Gewenste ICT ondersteuning

Bij de bespreking van een concept FT behandelplan met de patiënt zijn de volgende overzichten en functies noodzakelijk:

- Overzicht over algemeen farmacotherapeutisch informatie
- Overzicht per geneesmiddel:
 - **Episode titel (indicatie)**
 - Tekstveld (episodenaam in bewoordingen van patiënt)
 - **Voorgeschreven geneesmiddel**
 - **Voorgeschreven gebruik**
 - **Geformuleerd beleid bij episode**
 - Probleem inventarisatie
 - Voorgesteld plan
 - Daarnaast is het mogelijk om in een vrije tekstveld (S-regel) de reactie van de patiënt vast te leggen in de bewoordingen van de patiënt: instemming, weigering of verzoeken om een aanpassing.

Vaststellen definitief FT behandelplan

Het definitief FT behandelplan is de basis voor de vervolgstappen zoals monitoring en evaluatie van de MBO. Ook is het definitief FT behandelplan de bron voor output voor de verschillende doelgroepen.

Gewenste ICT ondersteuning

Voor het vastleggen van een definitief FT behandelplan zijn de volgende overzichten en functies nodig:

- Overzicht over algemeen farmacotherapeutisch informatie
- Daarnaast het volgende overzicht:
 - **Episode titel (indicatie)**
 - **Voorgeschreven geneesmiddel**
 - **Afgesproken gebruik = Voorgeschreven gebruik**
 - **Geformuleerd beleid bij episode**
 - Actielijst (verder uitgewerkt)
- Het kunnen vastleggen van de status van FT behandelplan als Definitief.
- Voor de communicatie met de patiënt en de andere zorgverleners die een behandelrelatie hebben met de patiënt kunnen de volgende output formats uit definitief FT behandelplan worden gemaakt, ingezien en gedeeld (bestand, print, enz.)

A. Overzicht voor patiënt thuis/mantelzorger met afgesproken gebruik

- Episode (inclusief tekstveld met episodenaam in bewoordingen van patiënt)
- Voorgeschreven geneesmiddel
- Afgesproken gebruik = Voorgeschreven gebruik

²⁷ Wat aangepakt gaat worden gaat als een voorstel naar de patiënt. Wat niet aangepakt gaat worden is in principe doorgaan conform medicatie afspraak.

B. Bij verwijzing of bij waarneming

- *Overzicht over algemeen farmacotherapeutisch informatie*
- *Per geneesmiddel*
 - *Episode titel (indicatie)*
 - *Voorgeschreven geneesmiddel*
 - *Afgesproken gebruik = Voorgeschreven gebruik*
- *Geformuleerd beleid bij episode*

6.3.6 NHG Stap 5. Follow-up en monitoring

Bij de follow up vinden verschillende processen plaats met elk behoefte aan een ander overzicht:

1. Het monitoren van de afgesproken taken/acties
 - Definitief behandelplan inclusief Acties
2. Tussentijdse follow up om openstaande problemen evt ook nog aan te pakken
 - Definitief behandelplan inclusief Acties
 - Concept behandelplan voor niet afgevinkte acties uit stap 3

Na een jaar vindt er opnieuw een MBO plaats. Daarvoor is weer een baseline verzameling nodig:

- *Overzicht over algemeen farmacotherapeutisch informatie*
- *Episode titel (indicatie)*
- *Voorgeschreven geneesmiddel*
- *Voorgeschreven gebruik*
- *Geformuleerd beleid bij episode*

6.3.7 Toekomstige ontwikkelingen

Door de ervaring van de apothekers met specifiek voor MBO ontwikkelde modules is de gedachte ontstaan om voor het uitvoeren van een MBO een gezamenlijk ICT werkomgeving te gebruiken. Deze gezamenlijke werkomgevingen zijn nog niet ontwikkeld. Voorwaarde is wel dat deze gedeelde werkomgeving gebruik maakt van reeds in de XISen aanwezige gegevens. De huidige praktijk van dubbelregistratie en geen integratie tussen de systemen is op de lange termijn niet wenselijk. Omgekeerd is real time synchronisatie van relevante gegevens uit de gezamenlijke werkomgeving met de XISen van belang om de actualiteit van de gegevens in de XISen te waarborgen.

Ook geldt voor een huisartsenpraktijk, dat MBO niet het enige onderwerp is, waarvoor gezamenlijke werkomgevingen als ideaal worden gezien. Integratie van alle deelstukken is gewenst.

6.4 Conclusies over samenwerking HA en APO bij medicatiebeoordeling

- Het proces van selecteren van ouderen voor een medicatiebeoordeling, kan in principe met de instrumenten in de huidige HISen en AISen worden uitgevoerd. (Bijlage 1)
- Zeker is dat de HA zijn medicatieafspraken in zijn eigen HIS zal blijven onderhouden en de APO de toedieningsafspraken en verstrekkingen in de eigen AIS.
- Op dit moment zijn in de huidige HISen (en AISen) weinig instrumenten voorhanden om een MBO goed te kunnen uitvoeren en evalueren. De meeste apothekers gebruiken een aparte module naast het AIS om de MBO uit te voeren.²⁸
- De integratie tussen het AIS en de door apothekers gebruikte modules om een MBO uit te voeren is niet optimaal. Uitwisseling tussen deze modules met een HIS komt al helemaal niet voor. Dit betekent dat veel dubbelregistratie plaatsvindt.
- Vooral het delen van informatie en inzage in de lopende processen tijdens een MBO is nog niet adequaat ondersteund. Uitwisseling van de gegevens en overzichten vindt veelal via papier of digitale documenten plaats.
- In een HIS is het normale gereedschap voor het vastleggen van een consult en gegevens delen niet toereikend voor het kunnen samenwerken bij een MBO.
- Ook is er een knelpunt van medicatie geïnitieerd door medisch specialisten. Het wijzigen van deze medicatie in het kader van een MBO vergt intercollegiaal overleg van de huisarts.

²⁸ Vos E. Medicatiecheck. Zelfdenkend portaal adviseert over interventies. Farm Weekbl 2013. www.pw.nl/rubrieken/apotheker/2013/medicatiecheck

7. BESCHOUWING

7.1 Bijhouden eigen dossier

De WGBO verplicht elke zorgverlener een eigen dossier bij te houden als verantwoording van goede zorg en het eigen handelen. Steeds meer zorgdisciplines houden een eigen *digitaal* dossier bij. Per zorgdiscipline is bovendien vaak sprake van verschillende organisaties en verschillende systemen. Bij de apotheker is er sprake van 4 verschillende systemen. Bij de wijkverpleging zijn naar schatting wel 5 verschillende systemen in gebruik. Een situatie die vergelijkbaar is met de huisartsenautomatisering met 7 á 8 verschillende HISen. De verwachting is dat deze situatie in de toekomst gehandhaafd blijft. De huidige manier van werken (van aparte systemen en elkaar met berichten informeren) levert knelpunten op in het actueel en synchroon houden van de informatie voor alle betrokken zorgverleners. De dynamiek van multidisciplinair samenwerken bij de zorg voor één patiënt vraagt bij deze inrichting veel van het communicatiebewustzijn en registratiediscipline van de bij de zorg betrokkenen.

7.2 Toekomstige ideale situatie

De betekenis van het multidisciplinair samenwerken voor het EPD is dat in de ideale werksituatie eigen bevindingen en handelen in een eigen dossier worden vastgelegd en informatie relevant voor de multidisciplinaire samenwerking (bv. het IZP) gedeeld kan worden met betrokken zorgverleners. Technische oplossingen daarvoor kunnen divers zijn. Daarbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen de informatie zelf, de gewenste functies die het ondersteunen en de systemen waarbinnen het zich allemaal afspeelt. (Bijlage 3)

Er zijn globaal twee verschillende mogelijkheden om verbetering in deze situatie te brengen:

3. **Naast gescheiden systemen voor eigen verslaglegging en via berichten elkaar op de hoogte houden van nieuwe informatie, zorgen voor inzage in relevante delen van elkaars dossier.**

Eén zorgverlener houdt het IZP bij in eigen systeem en de rest heeft inzage in het zorgplan. Alle informatie die tot aanpassingen van het IZP leiden, dienen naar de beheerder van het IZP worden gecommuniceerd. De beheerder van het IZP past het aan.

Naast inzage in het zorgplan kunnen alle betrokkenen de meest actuele informatie, die relevant is voor de samenwerking, bij elkaar inzien. Bv. de WVK kan de actuele medicatie bij de HA inzien; de HA kan bij de APO de medicatieafspraken inzien die door de medisch specialist of de trombose-dienst zijn afgesproken. Betrokken zorgverleners beslissen zelf of ze deze informatie op adequate wijze in eigen dossier willen verwerken.

Het elkaar op de hoogte stellen van nieuwe informatie relevant voor de samenwerking via berichten is daardoor minder noodzakelijk. Wel is het aan de zorgverlener om te beslissen welke informatie wanneer wordt ingezien, want informatie is verspreid aanwezig en er moet steeds in verschillende systemen worden ingelogd voor inzage. Ongeveer zoals het nu via regionale netwerken voor de dienstenstructuur is geregeld of via het LSP zal gaan werken of al werkt.

4. **Naast gescheiden systemen voor eigen verslaglegging is er een samenwerkingsplatform voor een gedeeld IZP en inzage in relevante informatie opgeslagen in eigen dossiers.**

Een zorgverlener houdt het IZP bij op het samenwerkingsplatform en de rest heeft inzage of heeft afgesproken rechten om rapportages toe te voegen en (delen) van het zorgplan aan te passen aan de actuele situatie. De meest actuele informatie uit de verschillende dossiers, die relevant is voor de samenwerking, is via het samenwerkingsplatform ter inzage aanwezig.

Deze situatie is nu nog geen dagelijkse werkelijkheid. De experimenten in verschillende regio's met beperktere functionaliteit laten een meerwaarde zien van deze manier van werken. De meerwaarde is de actualiteit en synchronisatie van de informatie, het zichtbaar samenwerken en de verantwoordelijkheden expliciet afspreken.

Het vergt nog de nodige puzzels om een van de opties werkend te krijgen. Elk van de opties heeft ook voor- en nadelen. Toch lijkt de tweede optie meer toekomstbestendig. Bij schaarse middelen is het zinvol om voor het tweede model te gaan.

7.3 Voorbereiden op ideale situatie

Voordat het organisatorisch en technisch zover is, kunnen de betrokken koepels eerder al in gezamenlijkheid bepalen welke informatie uit elkaars dossiers relevant is voor de samenwerking. Aan welke informatie is behoefte bij welke stappen in het proces? Bijvoorbeeld voor ouderenzorg kan het NHG samen met de verpleegkundige koepels de inhoud en rubrieken van een verwijsbrief HA-WVK op te stellen. Hetzelfde geldt voor de terugrapportage met eindconclusies en behandelvoorstel van WVK aan de HA. Hetzelfde zou kunnen worden uitgewerkt voor een

Samenwerken met het IZP als centraal instrument dient nader onderzocht worden. Welke werkafspraken moeten worden afgesproken? Welke variatie is daarin mogelijk? Dit onderzoek kan plaatsvinden zonder dat er sprake is van digitale platforms door bijvoorbeeld een LESA op te stellen samen met de betrokken partijen.

Voor een uitwisseling van informatie op een samenwerkingsplatform zijn er gegevens die in principe door meerdere samenwerkende zorgverleners bewerkt kunnen worden (IZP) en gegevens die alleen ter inzage (samenvatting uit HIS of WIS of AIS) beschikbaar zijn. De wijze waarop de gegevens uit een XIS worden opgehaald dient op een gestandaardiseerde wijze gebeuren. Het NHG heeft hiervoor aan de HIS-kant al stappen ondernomen en werkt met Nictiz samen rond de standaardisatie van de overdracht van het IZP tussen de verschillende systemen. Het NHG samen met Nictiz, zorgaanbieders en NedHIS, LHV en InEen hebben de taak om de implementatie van de IZP berichtenstandaarden door de leveranciers te stimuleren en te monitoren.

Het knelpunt dat nu al zichtbaar wordt is dat voor verschillende zorgdomeinen verschillende modules en platforms zullen worden ontwikkeld die naast een HIS worden gebruikt. Het blijft van belang om als NHG en NedHIS de functionele integratie van dergelijke modules met het HIS te blijven benadrukken. Integratie in de zin van o.a. gemakkelijke inzage vanuit het HIS en kunnen vastleggen van relevante informatie uit een HIS op het platform en vice versa. Voor de huisarts moet het als een geheel werken.

Zoals in Nijmegen al is geconcludeerd, is een samenwerkingsplatform geschikt voor meer domeinen van multidisciplinaire zorgverlening dan alleen voor ouderenzorg. Dit is in lijn met de gedachte dat er per patiënt ook maar één IZP aanwezig is. De verwachting is dat de huisarts in de nabije toekomst op een platform met één IZP per patiënt multidisciplinair zal samenwerken met andere zorgverleners buiten de huisartspraktijk. Het verdient aanbeveling om daarop vooruitlopend te onderzoeken wat daarvoor nodig is. Het NHG kan, in samenspraak met NedHIS, Nictiz, LHV en InEen daarover visie ontwikkelen en een koers uitzetten.

7.4 Eén gezamenlijk dossier en systeem?

De vraag is natuurlijk of in de hele verre toekomst naar een geheel gezamenlijk dossier en informatiesysteem gestreefd moet worden, zoals gebruikelijk is in bijvoorbeeld de revalidatie of GGZ? Bedenk dat de keuze voor een gezamenlijk dossier bij deze instellingen nu vaak gebeurt op basis van een organisatie, bijvoorbeeld een revalidatie instelling, en niet op basis van multidisciplinaire zorg rond een patiënt. Een organisatie kan de regie voeren en keuzes maken vanuit een eigen visie op ICT. Bij een samenwerking tussen verschillende organisaties voor het opzetten van een ICT oplossing zullen besluiten trager tot stand komen en de ICT-oplossingen gebaseerd zijn op compromissen.

Met de bewegingen als “house of care” en de patiënt als beheerder van zijn medische gegevens, doemt een patiënt- of zorg-centered informatiesysteem op aan de verre horizon. Het is echter nog lang niet zover. Deze paradigmashift heeft nogal veel gevolgen voor de organisatie van zorg. Deze organisatieveranderingen hebben zich nog niet gemanifesteerd. Er zijn ook geen plannen om de wetgeving (WGBO, Zorgwet) aan zo’n situatie aan te passen. Zolang dat nog niet het geval is, is het zaak om stapsgewijs samen met het veld vanuit de huidige situatie door te ontwikkelen. De voorlopige route is om in die situaties zoals bij multidisciplinair samenwerking te streven naar een gezamenlijk “dossier” voor die delen van informatie die voor de samenwerking van belang zijn.

8. AANBEVELINGEN

De WGBO verplicht elke zorgverlener een eigen dossier bij te houden als verantwoording van goede zorg en het eigen handelen. De verwachting is dat dit in de toekomst gehandhaafd blijft. Het NHG dient het beleid in deze lijn te handhaven (HIS Referentiemodel, NHG tabellen, Richtlijn ADEPD, richtlijnen informatie uitwisseling).

Voor het deel van de patiënten waarbij sprake is van multidisciplinair (en complexe) zorg biedt het samenwerken op een digitaal samenwerkingsplatform meerwaarde boven de informatie uitwisseling via berichten zoals die nu in regionale of nationale netwerken is gerealiseerd. De meerwaarde is de actualiteit en synchronisatie van de informatie, het zichtbaar samenwerken en de verantwoordelijkheden expliciet afspreken.

Voorbereidend op het ontstaan van digitale samenwerkingsplatforms zou het NHG samen met de relevante koepels aan de volgende zaken kunnen werken.

- Het NHG (sectie Automatisering eventueel samen met Nictiz) dient een basis te leggen voor een schets van de informatie onderdelen waaruit een dergelijk elektronisch samenwerkingsplatform moet bestaan.
- De informatiebehoefte van de betrokken zorgverleners tijdens het samenwerken onderzoeken. Welke informatie is relevant gedurende het verwijs en het vervolgtraject? Begin simpel met de meest gebruikelijke zaken (volgens de 80-20 regel). Bijvoorbeeld voor ouderenzorg kan het NHG (sectie automatisering samen met de verpleegkundige koepels) de inhoud en rubrieken van een verwijsbrief HA-WVK op stellen. Hetzelfde geldt voor de terugrapportage met eindconclusies en behandelvoorstel van WVK aan de HA.
- Het IZP (doelen, zorgafspraken, verantwoordelijken en evaluatiemomenten) speelt een centrale rol bij het multidisciplinair samenwerken. Het NHG dient dit model krachtig uit te dragen naar haar eigen achterban en betrokken leveranciers. Verdere ontwikkeling van dit model samen met het veld is van belang voor het draagvlak en de toepassing in de praktijk. (NHG bestuur, hoofden, beleid, sectie automatisering)
- Samenwerken met het IZP als centraal instrument dient nader onderzocht worden. Welke werkafspraken moeten worden afgesproken? Welke variatie is daarin mogelijk? Dit onderzoek kan plaatsvinden zonder dat er sprake is van digitale platforms door bijvoorbeeld een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) op te stellen samen met de betrokken partijen. (R&W Samenwerking)
- Het NHG heeft samen met Nictiz de taak om de implementatie van de IZP berichtenstandaarden door de leveranciers te stimuleren en te monitoren.
- Het NHG dient in samenwerking met o.a. Nictiz een koers te ontwikkelen van één IZP per patiënt bij de samenwerking met andere zorgverleners binnen en buiten de huisartspraktijk.

De huidige manier van werken levert knelpunten. Er zijn globaal twee verschillende opties om verbetering in de huidige manier van werken te brengen:

5. **Zorgverleners werken in gescheiden informatiesystemen aan de eigen verslaglegging en sturen elkaar berichten met nieuwe informatie. Zij zorgen voor inzage in relevante delen van elkaars dossier.**

De werkwijze is dan als volgt: één zorgverlener (beheerder) houdt het IZP bij in het eigen systeem. Andere betrokken zorgverleners buiten de organisatie hebben inzage in het zorgplan. Alle informatie die tot aanpassingen van het IZP leiden, dienen naar de beheerder van het IZP worden gecommuniceerd. De beheerder van het IZP past het aan.

Naast inzage in het zorgplan kunnen alle betrokkenen de meest actuele informatie, die relevant is voor de samenwerking, bij elkaar inzien. Bv. de WVK kan de actuele medicatie bij de HA inzien; de HA kan bij de APO de medicatieafspraken inzien die door de medisch specialist of de trombose-dienst zijn afgesproken. Betrokken zorgverleners beslissen zelf of ze deze informatie op adequate wijze in eigen dossier willen verwerken.

Het elkaar op de hoogte stellen via berichten van nieuwe informatie dat relevant is voor de samenwerking wordt daardoor minder noodzakelijk. Wel is het aan de zorgverlener om te beslissen welke informatie wanneer wordt opgezocht, want informatie is verspreid aanwezig en er moet steeds in verschillende systemen worden ingelogd voor inzage. Ongeveer zoals het nu via regionale netwerken voor de dienstenstructuur is geregeld of via het LSP zal gaan werken of al werkt.

6. Zorgverleners werken in gescheiden informatiesystemen aan de eigen verslaglegging. Daarnaast bestaat er een samenwerkingsplatform (SWP) waarop een gezamenlijk IZP wordt beheerd. Berichten met nieuwe informatie en inzage in relevante informatie opgeslagen in de verschillende dossiers zijn in het SWP verzameld.

Een zorgverlener houdt het IZP bij op het samenwerkingsplatform en de rest heeft inzage of heeft afgesproken rechten om rapportages toe te voegen en (delen) van het zorgplan aan te passen aan de actuele situatie. De meest actuele informatie uit de verschillende dossiers, dat relevant is voor de samenwerking, is via het samenwerkingsplatform in te zien.

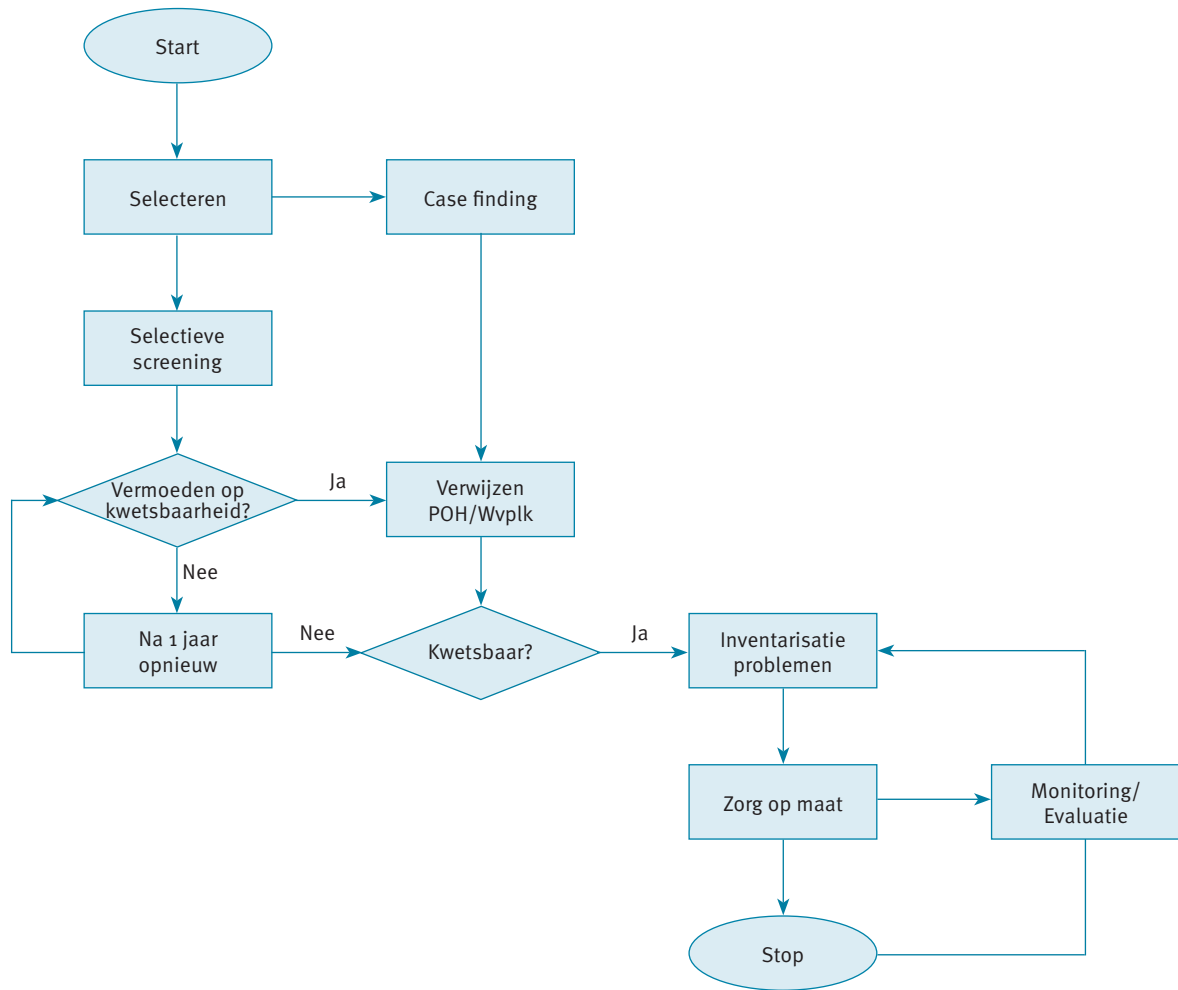
Deze situatie is nu nog geen dagelijkse werkelijkheid. De experimenten in verschillende regio's met beperktere functionaliteit laten een meerwaarde zien van samenwerken op een gezamenlijk platform. De meerwaarde is de actualiteit en synchronisatie van de informatie, het zichtbaar samenwerken en de verantwoordelijkheden expliciet afspreken.

Het zal nog de nodige puzzels vergen om een van de opties werkend te krijgen. Elk van de opties heeft ook voor- en nadelen. Toch lijkt de tweede optie meer toekomstbestendig. Bij schaarse middelen is het zinvol om voor het tweede model te gaan.

Indien een elektronisch samenwerkingsplatform eenmaal aanwezig is in een regio

- De betrokken huisartsen wijzen op de gewenste, noodzakelijke functies (zie conclusies) op een dergelijk platform. (NHG beleid, sectie automatisering)
- Het belang van de integratie van dergelijke samenwerkingsplatforms met het HIS blijven benadrukken. Integratie in de zin van o.a. gemakkelijke inzage vanuit het HIS in de aanwezige informatie op het platform; het kunnen vastleggen van relevante informatie uit de module/platform in een HIS en relevante informatie uit het HIS ter inzage aanbieden voor samenwerking op het platform. De wijze waarop een HIS en een samenwerkingsplatform op elkaar aansluiten en van elkaars gegevens gebruik maken is nog in ontwikkeling en vergt vergaande standaardisatie. Het NHG (Sectie automatisering) heeft hierin een adviserende taak.
- Een generiek samenwerkingsplatform moet ook inzetbaar zijn voor verschillende zorggebieden, zoals kwetsbare ouderen, palliatieve zorg, dementie, (psychiatrische) jeugdzorg, Parkinson etc.
- Op dit moment is er nog geen samenwerkingsplatform voor een gezamenlijke MBO voorhanden. Op de lange termijn is het denkbaar dat het samenwerken bij een medicatiebeoordeling ook via een samenwerkingsplatform zou kunnen plaatsvinden. Hiervoor zal nog bijkomende specifieke functionaliteit geformuleerd moeten worden voor een MBO. Een solide business case is hiervoor een belangrijke randvoorwaarde. (R&W Farmacotherapie, Sectie automatisering, KNMP).

Figuur 1 Processen bij Ouderenzorg



Figuur 2 Processtappen bij het uitvoeren van een medicatiebeoordeling²⁹

STAPPENPLAN MEDICATIEBEOORDELING

Vorbereiding

Selectie van patiënten (door arts en apotheker)

Criteria:

65 jaar of ouder met

EN polyfarmacie (chronisch gebruik van 5 of meer geneesmiddelen)

EN minimaal 1 risicofactor:

- verminderde nierfunctie (eGFR <50 ml/min/1,73 m²)
- verminderde cognitie
- verhoogd valrisico (≥1 val in voorgaande 12 maanden)
- signalen van verminderde therapietrouw
- niet zelfstandig wonend (verzorgings-, verpleeghuis)
- niet-geplande ziekenhuisopname

Deze criteria gelden voor patiënten in het ziekenhuis met een langere opname-duur en voor patiënten buiten het ziekenhuis (bijv. thuiswonend, in verzorgings- of verpleeghuis)

Randvoorwaarden

- mogelijkheid voor selectie van hoogrisico-patiënten in elektronisch patiëntendossier
- elektronische controle op voorschrijven van potentieel ongeschikte medicatie aan ouderen
- mogelijkheid voor registratie van acties en afspraken medicatiebeoordeling
- goede samenwerking tussen arts en apotheker
- toereikende financiering

STAP 1: Farmacotherapeutische anamnese

Bespreking met patiënt (evt met mantelzorg) op basis van medicatieoverzicht van:

- actueel geneesmiddelengebruik en gebruiksgemak
- bijwerkingen, allergieën
- ervaringen, problemen en kennis van de patiënt
- zorgen en verwachtingen van de patiënt

STAP 2: Farmacotherapeutische analyse

Ordering van de gegevens, nagaan of er sprake is van:

- onderbehandeling
- effectiviteit van de medicatie
- overbehandeling
- (potentiële) bijwerkingen
- klinisch relevante contra-indicaties en interacties
- onjuiste doseringen
- gebruiksgemak

STAP 3: Overleg arts en apotheker, opstellen farmacotherapeutisch behandelplan

Bespreking en notering van:

- behandelingsdoelen
- gesignaleerde problemen (uit stap 1 en 2)
- prioritering
- verdeling van acties tussen arts en apotheker
- evaluatie

STAP 4: Overleg met patiënt, vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan

- terugkoppeling van afgesproken interventies naar de patiënt
- aanpassing van het actuele medicatieoverzicht

STAP 5: Follow-up en monitoring

- evaluatie door arts en apotheker van afgesproken interventies binnen 3 maanden na overleg met patiënt
- rapportage van evaluatie en monitoring in het farmacotherapeutisch behandelplan

Te verzamelen gegevens voor stap 1 en 2

- voorgeschiedenis/episodelijst/probleemlijst
- metingen (bloeddruk, pols, gewicht)
- laboratoriumwaarden (nier- en leverfunctie, Na, K, evt HbA1c, lipidspectrum etc.)
- medicatieoverzicht

Vervolgbeoordeling: minimaal 1 x per jaar

²⁹ Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht, NHG 2012.

Selectie ouderen voor het programma Ouderenzorg

De selectie van ouderen die voor vroegdiagnostiek kwetsbaarheid in aanmerking komen, gebeurt in de huisartspraktijk. Dit kan in principe op drie manieren worden aangepakt: case finding, selectieve screening en populatie screening. Voor de huisartspraktijk zijn case finding en selectieve screening van toepassing. Voorsnog is voor populatiescreening geen evidence voorhanden.³⁰

- a) Bij case finding selecteert de huisarts tijdens het spreekuur en visites ouderen die voor vroegdiagnostiek naar kwetsbaarheid in aanmerking komen. De huisarts besluit een patiënt dit programma aan te bieden, los van de klacht waarvoor de patiënt hem raadpleegt. Indien de patiënt hiermee instemt, volgt een verwijzing naar de POH of WVK voor nader onderzoek naar kwetsbaarheid en/of zorgbehoefte.

De HA gebruikt hiervoor op pragmatische gronden de HA-SP format en vult de brief met alleen zaken die hij voor de WVK relevant acht. Het is onduidelijk of de HA-SP format voldoet voor HA-WVK communicatie bij het verwijzen/aanmelden van de patiënt bij de WVK. Dit is nog niet systematisch onderzocht.

De ervaring tot nu toe lijkt geen specifieke wensen op dit gebied op te leveren. De huisartsen zeggen alles kwijt te kunnen wat ze willen. De WVK is tevreden met alle extra informatie die zij van tevoren krijgt, omdat ze daarmee in haar eerste gesprek met de patiënt meteen meer doelgericht kan werken.

- b) Bij selectieve screening wordt een doelgroep uit de praktijk gedefinieerd op basis van leeftijd en andere criteria zoals polyfarmacie, woonvorm (zorginstelling, aanleunwoning, prachtwijk, alleen), (mantel)zorg nodig, enz. Deze doelgroep wordt in principe uitgenodigd voor het onderzoek naar kwetsbaarheid. De huisarts gebruikt voor de selectie de instrumenten die hij voorhanden heeft in zijn HIS of een extern systeem zoals U-PRIM.³¹ In een HIS ontbreekt nu nog vaak een generiek instrument voor selecteren en labelen van de patiëntenstroom door de hele selectieprocedure heen. Deze functionaliteit is recent beschreven in het HIS-Referentiemodel 2015-16 in het onderdeel Preventie.

Uiteindelijk zal de HA de lijst met geselecteerde patiënten altijd zelf moeten beoordelen voor inclusie in het zorgprogramma Ouderenzorg. Dit kan niet geautomatiseerd gebeuren.

Selectie voor een medicatiebeoordeling

Het MBO proces kent een veelvoud aan communicatiemomenten waarbij reeds bekende en nieuwe gegevens in samenhang gedeeld en getoond dienen te worden. Bij elke stap van het MBO proces kunnen deze gegevens gewijzigd en aangevuld worden.

Een huisarts kan een MBO voorlopig op de volgende beperkte manier selecteren, vastleggen en verwerken in het EPD van de patiënt:

- Selectie van de patiënten die in aanmerking komen voor een MBO op grond van leeftijd en aantal voorschriften zou in principe in een HIS kunnen worden uitgevoerd. In werkelijkheid gebeurt de selectie voornamelijk door de apotheker in het AIS.
- De patiënten op deze lijst wordt door de huisarts beoordeeld op kwetsbaarheid.
- De als kwetsbaar aangemerkte patiënten worden uitgenodigd voor een MBO.

³⁰ Eekhof J. Is systematische screening van ouderen door de huisarts zinvol? Huisarts Wet 2001;44(9): 390-3. www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/onderzoeksprojecten/triage-van-verminderde- spanningstolerantie-bij-kwetsbare-ouderen-trife/screeningstrategie-voor-huisartsenpraktijk

³¹ Selectieve selectie via UPRIM obv. multimorbiditeit, polyfarmacie en/of een 'care gap', mensen die langer dan drie jaar niet bij de huisarts zijn geweest. www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/transitie-experimenten/om-u

Conclusie

In een HIS ontbreekt vaak een generiek instrument voor selecteren en labelen van de patiëntenstroom door de hele selectieprocedure heen. In het HIS referentiemodel is daarvoor een preventie onderdeel beschreven. Dit is echter niet als zodanig in HISen geïmplementeerd. Daarbij speelt waarschijnlijk een kosten-baten analyse een rol. De selectie voor de jaarlijkse griepvaccinatie is specifiek in elk HIS als aanwezig. Hetzelfde geldt voor de selectie voor cervixscreening. Daarnaast bestaat er in elk HIS wel een simpele mogelijkheid om selecties te maken. Maar een volledig generieke selectiemodule ontwikkelen voor zorgprogramma's staat nog niet hoog op de ontwikkelagenda.

BIJLAGE 2 PROCES, DATA EN GEWENSTE FUNCTIES HA-WVK BIJ OUDERENZORG

Actor	Proces	Data/gegevens	Functies	Systemen
HA	1. Selecteren	Geboortedatum Aanvullende criteria	Select Tag List	HIS
HA	2. Verwijzen	Episodes Operaties Medicatie Gestaakte medicatie Allergieën Profylaxe Resultaten aanv O/ ? Contactgegevens mantelzorg	Verwijsbrf opstellen Verwijsbrief sturen Verwijsbrief opbergen	HIS -> Regionaal netwerk HIS -> SWP
WVK POH	3. Onderzoek Kwetsbaarheid	Eindconclusie	Ondersteuning formulieren Trazag/Easycare/Omaha/?? Oordeel HA	WIS HIS
WVK POH	4. Probleem-inventarisatie	Probleemgebieden	Omaha? Verslaglegging problemen	WIS Regionaal netwerk WIS-> HIS/SWP
HA& WVK	5. Verlenen van zorg		Contactverslagen Evaluatieverslagen	WIS
HA& WVK		Doelen en acties	Opstellen IZP	SWP
HA& WVK		Mail Berichten	Contextgevoelige, veilige berichtuitwisseling rond één patiënt	Regionaal netwerk SWP
HA		Episodes Operaties/behandelingen Medicatie/Gestaakte medicatie Allergieën/intolerantie Profylaxe Resultaten aanv O/ ?	Actuele samenvatting uit het H-EPD zichtbaar in SWP	HIS-> SWP
Patiënt/ mantelzorg?		Geb dat, geslacht, NAW en BSN. Contactgegevens mantelzorg.	Uit HIS of WIS	HIS WIS SWP
CM		Betrokken hulpverleners, bereikbaarheidsgegevens en -tijden, werkdagen, vakantieperiode, vervanging bij afwezigheid	Uit adresboek Rooster Inzage SWP	SWP
CM		Naam, bereikbaarheid, vervanging bij afwezigheid		SWP
CM		Verslag MDO	Upload Multidisciplinair overleg (verslag)	SWP
HA Apo		Actuele medicatie	Inzage	HIS->SWP Apo->SWP
HA Apo		Verslag MBO	Opslag archief	SWP
CM& HA& WVK	6. Monitoren en evalueren	Doelen -> Acties -> verantwoordelijken -> evaluatiemoment	Inzage, wijzigen en afsluiten actie	SWP

Apo Apotheker
 CM Casemanager
 SWP SamenwerkingsPlatform (virtuele overlegtafel)
 HA Huisarts
 HIS Huisartsinformatiesysteem
 WIS Wijkverpleegkundig informatiesysteem
 WVK Wijkverpleegkundige

BIJLAGE 3 PROCES, DATA EN FUNCTIES HA-APO BIJ MBO

Noodzakelijke gegevens voor een multidisciplinaire medicatiebeoordeling

Activiteit	Gegeven vast te leggen in een dossier / te halen uit een dossier	Actoren: • HA • APO • PAT • anders	Beschikbaar of mogelijk in huidige		Toelichting
			HIS	AIS	
Voorbereiden					
Selectie patiënten	Leeftijd 5 of meer geneesmiddelen (chronisch gebruik)	HA, APO	ja	ja	Deze eerste selectie komt als (pdf) bestand of print uit HIS of AIS.
Bepalen Kwetsbaarheid*	Kwetsbaarheid	HA, APO, PAT of diens mantelzorg	ja	nee	Verdere bewerking van eerste selectie gebeurt handmatig. Elektronische terugkoppeling van de bewerkte lijst naar HIS of AIS is niet mogelijk. HA registreert kwetsbaarheid en onderbouwing daarvan in contact onder episode MBO.
Aanwijzingen voor kwetsbaarheid					Reeds in dossier of vastleggen indien aanwezig
	Verminderde nierfunctie: eGFR	HA, lab	ja	ja	HA: waarde eGFR [DB] of als episode Nierinsufficiëntie [ICPC]. APO: contra-indicatie[?], nierfunctiewaarden dikwijls afkomstig van HA.
	Verminderde cognitie	HA	ja	nee	HA: episode Geheugenstoornis, dementie of mentale retardatie [ICPC]
	Verhoogd valrisico	HA, APO	ja	nee	HA: Hoe vaak gevallen in afgelopen jaar[DB] APO leidt af uit medicatie of er mogelijk een verhoogd risico op vallen is.
	Niet zelfstandig wonend	HA, APO	nee	nee	Vastleggen in vrije tekst, kan niet gecodeerd; Eventueel af te leiden uit woonverband of adres
	Acute ziekenhuis opname	HA, APO, PAT	nee	nee	Vastleggen in vrije tekst, kan niet gecodeerd; Informatie af te leiden uit ontslagbrief/ ontslagmedicatie
	Therapieontrouw	HA, APO, PAT	ja	ja	HA therapie ontrouw bij specifieke aandoeningen [DB] APO signaleert of er een vermoeden is n.a.v. verminderde ophaalfrequentie van chronische medicatie (vastleggen in dossier afhankelijk AIS).
Patiënt uitnodigen					Gezamenlijke uitnodiging van PAT (evt. ook diens mantelzorg) door HA en APO.
	verkrijgen toestemming**	PAT of legale vertegenwoordiger	nee	nee	Vastleggen toestemming of weigering (inclusief reden) van PAT voor informatieoverdracht tbv MBO is mogelijk in vrije tekst in deelcontact in HIS en AIS. Geen code of specifiek veld voor toestemming/weigering.

Activiteit	Gegeven vast te leggen in een dossier / te halen uit een dossier	Actoren: • HA • APO • PAT • anders	Beschikbaar of mogelijk in huidige		Toelichting
			HIS	AIS	
Stap 1. Farmacotherapeutische anamnese					
	Relevante indicaties bij geneesmiddelen en CIA's, intoleranties en relevante diagnostische bepalingen.	HA	ja	-	HA kan deze gegevens communiceren met een medicatieoverdrachtbericht. APO ontvangt het soms in AIS als plat bericht, soms helemaal niet zichtbaar.
	Doelen/verwachtingen/wensen/zorgen/overtuiging van patiënt.	PAT	ja	nee	HA kan dit in vrije tekst in deelcontact vastleggen, hoeft niet als categorie vastgelegd te worden APO heeft hiervoor geen plek in het AIS.
	Onder behandeling bij medisch specialist?	PAT, HA	ja	nee	
	Werkelijk gebruik	PAT	nee	nee	Werkelijk gebruik moet je in dossier als patiënt gegevens vast kunnen leggen, dus naast voorschrijf- en afleverinformatie en met argumentatie van PAT (vrij tekstveld)
	Stoppen medicatie	PAT, HA, APO, 2 ^e lijn?	ja/nee	ja	HA legt vast reden van stoppen geneesmiddel (NHG-tabel sinds 2013) APO legt vast in medicatiehistorie (Bij voorkeur gecodeerd?)
	Zelfzorgmedicatie	PAT, APO	nee	ja/nee	APO Vastleggen als 'dokter handverkoop' in medicatiehistorie (indien gevraagd/bekend), APO geeft zelfzorgmedicatie door aan HA als die van belang is
	Medicatiehistorie	HA, APO	ja	ja	Uitsluitend als voorschrijf- en afleverhistorie bekend
	Bijwerkingen/interacties/intoleranties	HA, APO, PAT	ja/nee	ja/nee	HA: Overgevoeligheden vast [G-standaard code] inclusief omschrijving van waargenomen overgevoeligheidsreactie [vrije tekstveld]; ernst van de overgevoeligheidsreactie [NHG tabel]; blokkade voor toekomstig voorschrijven instelbaar. (sinds 2013) APO kan intoleranties en interacties gecodeerd vastleggen. Bijwerkingeninformatie als vrije tekst veld voor beschrijven van verschijnselen ontbreekt
	Interacties met alcohol/drugs/voedingsmiddelen/leefwijzen	APO, PAT	ja	nee	HA: alcoholintake en drugsgebruik [DB]. Indien relevant ook als episode Problematisch alcoholgebruik [ICPC] of Drugmisbruik [ICPC] Gecodeerd vastleggen kan niet voor grapefruitsap, drop (leefstijl). Tijdens beoordelingsmoment vastleggen
	Informatie uitwisselen***	APO	nee	nee	HA: kan een pdf als correspondentie bij EPD PAT opslaan

Activiteit	Gegeven vast te leggen in een dossier / te halen uit een dossier	Actoren: • HA • APO • PAT • anders	Beschikbaar of mogelijk in huidige		Toelichting
			HIS	AIS	
Stap 2. Farmacotherapeutische analyse					
	Start met overzicht Indicaties bij geneesmiddelen	HA	ja	ja/nee	HA in episode [ICPC] Kan het communiceren met het medicatieoverdracht. APO kan koppeling niet leggen in AIS, wel m.b.v. separate ICT oplossingen
Mogelijke conclusies farmacotherapeutische analyse					
	Onderbehandeling (worden alle aandoeningen of klachten (episodes) behandeld?)	HA	ja	ja/nee	HA in SOEP contactverslag APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
	Geneesmiddel niet effectief (hebben alle geneesmiddelen het beoogde effect?)	HA	ja	ja/nee	HA in SOEP contactverslag Overzicht afkomstig van de huisarts; beoordeling effectiviteit vastleggen APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
	Overbehandeling (medicatie waarvoor geen episodes bekend zijn)	HA, APO	ja	ja/nee	HA in SOEP contactverslag APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
	Potentiele bijwerking	PAT, HA, APO	ja	ja/nee	HA zie bijwerkingen APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
	Relevante CI en interactie	HA, APO	ja	ja	HA: CIA [G-standaard] APO legt vast of bij afhandeling MB-signaal gebruik (evt. in overleg met HA) als akkoord is beoordeeld.
	Onjuiste doseringen (denk aan indicatie, sterkte, frequentie, duur, lab, nierfunctie)	HA, APO	ja	ja/nee	HA in SOEP contactverslag. APO: kan in AIS lab-waarde soms vastleggen. Onderdosering kan niet worden vastgelegd
	Probleem bij gebruik (gebruik volgens voorschrift, kan het gebruik gemakkelijker?)	HA	ja	ja/nee	HA in SOEP contactverslag, beoordeling juist gebruik vastleggen APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
Informatie uitwisselen***	Uitkomst analyse en bespreekpunten	APO	nee	nee	HA: kan een pdf als correspondentie bij EPD PAT opslaan

Activiteit	Gegeven vast te leggen in een dossier / te halen uit een dossier	Actoren: • HA • APO • PAT • anders	Beschikbaar of mogelijk in huidige		Toelichting
			HIS	AIS	
Stap 3. Opstellen concept farmaco-therapeutisch behandelplan (FBP)					
	Prioritering belangrijkste FTP's (farmacotherapie gerelateerde problemen)	HA, APO	nee	nee	HA in SOEP contactverslag APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
	Behandeldoelen opstellen	HA, APO	nee	nee	HA in SOEP contactverslag APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
	Afspraken en acties: wie doet: wat, wanneer en waar, wie is verantwoordelijk voor uitvoering en wie stemt af met patiënt. Evaluatiemoment.	HA, APO	nee/ ja	ja/ nee	HA in SOEP contactverslag. Acties in actielijst in agenda, maar context met MBO ontbreekt. APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
Informatie uitwisselen***	Uitwisselingsbericht met concept behandelplan	APO, HA	nee	nee	HA: kan een pdf als correspondentie bij EPD PAT opslaan
Stap 4. vaststellen FBP Bespreken met patiënt (en/of diens verzorger)					
	Eventuele wijzigingen op concept behandelplan nav gesprek met PAT	APO, HA, PAT of diens mantelzorg	nee/ ja	ja/ nee	HA in SOEP contactverslag APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
	Definitieve behandelplan inclusief acties	HA, APO, PAT	nee/ ja	ja/ nee	HA in SOEP contactverslag. Acties in actielijst in agenda, maar context met MBO ontbreekt APO kan informatie vastleggen in dossier (indien in AIS aanwezig) of m.b.v. separate ICT-oplossingen apart vastleggen
Informatie uitwisselen***	Uitwisselingsbericht met definitief behandelplan	APO, HA, 2 ^e Lijn	nee	nee	inclusief algemene farmacotherapeutische informatie en context-informatie afkomstig van de PAT, die tijdens anamnese verzameld is
	Patiënten versie definitief behandelplan	APO, HA, PAT	nee	nee	
Stap 5. Follow-up en evaluatie					

AIS Apotheek Informatiesysteem
 APO Apotheker
 DB Diagnostische bepaling (NHG tabel)
 EPD Elektronisch patiëntendossier
 HA Huisarts
 HIS Huisarts Informatiesysteem
 ICPC International Classification of Primary Care (NHG tabel)
 PAT Patiënt
 Pdf Portable Document Format
 SOEP S(ubjectief) wat patiënt zegt, O(bjectief)= wat zorgverlener opmerkt, E(valuatie)= conclusie P(lan)= beleid

* Klinische beslissing wel of niet **kwetsbaar** d.w.z. aan arts, in samenwerking met apotheker. Mantelzorg als signaleringsfunctie.

** **Juridisch** moet patiënt op hoogte zijn welke informatie er en met wie gedeeld wordt; regelen door middel van toestemming patiënt voor medicatiebeoordeling,

*** Voor de volledigheid is in de tabel na iedere stap een uitwisselingsmoment aangegeven. De werkgroep is zich ervan bewust dat uitwisseling niet bij elke stap nodig of mogelijk is. Uitwisseling dient volgens lokale, regionale samenwerkingsafspraken plaats te vinden.