

Betreft : **Bijeenkomst NAD-themacommissies**

Datum : 29 maart 2011, Jaarbeurs Utrecht

Onderwerp : Implementatie

Context

Op 29 maart kwamen de verschillende themacommissies van het NAD voor de vierde keer bijeen in de Jaarbeurs te Utrecht. Tijdens deze bijeenkomst werd de werksessie georganiseerd waarin in vier groepen gesproken werd over de implementatie van vier NAD producten: de NDF Zorgstandaard, de inventarisatie van bestaande leefstijlinterventies, samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld de Landelijke Transmurale afspraak Diabetes) en de multidisciplinaire richtlijn zelfcontrole.

Tijdens de werksessie stond de vraag centraal 'Hoe zorgen we ervoor dat het veld met het product aan de slag gaat?'. In de vier groepen werd enthousiast gebrainstormd over vragen als wie moeten er met het product gaan werken, hoe maken we het product gebruiksvriendelijk, zijn er succesvolle initiatieven waarop we kunnen aansluiten en voortborduren en hoe kunnen we gebruikers informeren en enthousiasmeren. Hieronder vindt u de ideeën die per 'product' naar voren kwamen.

1. Implementatiesessie NDF Zorgstandaard

Het product betreft de NDF Zorgstandaard met bijbehorende addenda. Tijdens deze sessie wordt er vanuit gegaan dat de NDF Zorgstandaard compleet en actueel is. Er wordt door de aanwezigen gebrainstormd over de vraag: 'Hoe zorgen we ervoor dat het veld met de NDF Zorgstandaard aan de slag gaat? Dit gebeurt aan de hand van drie deelvragen:

Wie (Wie moeten er met het product werken?)

- Er wordt gediscussieerd over de vraag of alle individuele zorgverleners de NDF Zorgstandaard zouden moeten kennen. Wanneer de zorgstandaard volledig en juist is geïntegreerd in bijvoorbeeld protocollen, zorgpaden en zorgprogramma's kan het zo zijn dat individuele zorgverleners de zorgstandaard toepassen doordat zij werken met deze protocollen, zorgpaden en zorgprogramma's. De zorgstandaard zelf kennen zij dan niet. Vanuit dit oogpunt is het in ieder geval van groot belang dat de zorgstandaard op zorggroepniveau bekend is en dat er op dat niveau een goede concretisering van de zorgstandaard gemaakt wordt naar protocollen, zorgpaden en zorgprogramma's. De personen op zorggroepniveau die de zorgstandaard moeten kennen, zijn in ieder geval de coördinator van de zorggroep en de kaderarts diabetes. Ook in de tweede lijn dient de zorgstandaard ten minste bekend te zijn bij degenen die protocollen, zorgpaden en zorgprogramma's maken; dit zijn voornamelijk internisten en diabetesverpleegkundigen.

Conclusie is dat niet alle individuele zorgverleners de zorgstandaard hoeven te kennen om goede diabeteszorg (volgens de zorgstandaard) te kunnen leveren. Het zou echter wel goed zijn als iedereen weet dat de zorgstandaard ten grondslag ligt aan goede diabeteszorg.

- Beroepsverenigingen moeten de zorgstandaard kennen en zouden de toepassing van de zorgstandaard binnen de beroepsvereniging moeten aanjagen en faciliteren.
- Gezaghebbende personen/sleutelpersonen in de regio kunnen ingezet worden bij de implementatie van de NDF Zorgstandaard.

Wat (Wat moet het product zijn; Wat is nodig aan omstandigheden zodat je er als zorgverlener iets mee kunt?)

- Iedereen is het erover eens dat de zorgstandaard digitaal moet zijn te raadplegen. Daarnaast geven verschillende zorgverleners aan ook graag een boekje te hebben. Het boekje kun je er makkelijk bij pakken en heeft ook meer 'status' als een uitgeprinte versie.
- Wanneer de zorgstandaard gedigitaliseerd is, dient er een mogelijkheid te zijn om gericht te zoeken in het document. Bijvoorbeeld; een zorgverlener geeft aan informatie te willen over de jaarlijkse controle en krijgt dan het gedeelte van de zorgstandaard te zien dat betrekking heeft op de jaarlijkse controle.

Hoe (hoe kunnen we het product implementeren?)

- Schieten met hagel; via zoveel mogelijk kanalen bij zoveel mogelijk mensen de zorgstandaard bekend maken.
- Je kunt de zorgstandaard van bovenaf opleggen maar het is ook een mogelijkheid om de zorgstandaard van onderaf te bekijken. Bijvoorbeeld: binnen een bepaalde setting ga je kijken of de voetzorg in orde is. Wanneer blijkt dat dit niet zo is dan ga je alle aspecten van de zorgstandaard die daarop betrekking hebben nalopen. Met andere woorden wanneer je constateert dat een bepaald aspect van de diabeteszorg onder de maat is, ga je de zorgstandaard erbij pakken.
- Elke nieuwe diabetespatiënt dient de Zorgwijzer te krijgen via zijn/ haar zorgverlener. Op deze manier komt de zorgverlener in aanraking met de zorgwijzer en daarmee ook met de zorgstandaard. Het uitreiken van de zorgwijzer bij elke nieuwe diabetespatiënt zou mogelijk in de NHG standaard opgenomen kunnen worden en kan betaald worden binnen de DBC.
- Er dient een vraag gecreëerd te worden naar de zorgstandaard. Zorgverleners dienen nieuwsgierig te worden, zij willen de zorgstandaard leren kennen. Bijvoorbeeld; je kaart een probleem aan (bijvoorbeeld nierschade) en geeft dan de oplossing (de LTA nierschade).
- Informatie over de zorgstandaard dient geïntegreerd te worden in vakbladen/ tijdschriften die op dit moment goed gelezen worden.
- Zorgverleners moeten gemakkelijk toegang hebben tot de zorgstandaard en weten waar deze te vinden is. Idee is om kaartjes te maken waarop staat waar de zorgstandaard digitaal te vinden is en hoe een zorgstandaard besteld kan worden. Deze kaartjes kunnen bijvoorbeeld op congressen verspreid worden.
- Zorgverleners dienen geconfronteerd te worden met hun eigen handelen (spiegelen); dit stimuleert mensen om ergens mee aan de slag te gaan.
- De meerwaarde van de zorgstandaard dient benadrukt te worden; waarom zou ik de zorgstandaard moeten kennen? Wat gaat er mis als ik de zorgstandaard niet ken? Waarom heb ik de zorgstandaard nodig, kan ik niet met mijn richtlijnen af?

2. Implementatiesessie Overzicht leefstijlinterventies

Het product betreft een overzicht van beschikbare leefstijlinterventies voor verschillende doelgroepen. Er wordt door de aanwezigen gebrainstormd over de vraag: 'Hoe zorgen we ervoor dat het veld met het product aan de slag gaat? Dit gebeurt aan de hand van drie deelvragen:

Wie (Wie moeten er met het product werken?)

- Praktijkondersteuners/ Huisartsen/ diabetesverpleegkundige (7x)
- Zorggroepen (beleidsmakers; managers) (4x)
- ROS'en (4x)
- Gemeenten/ GGD'en/ Gezondheidsbevorderaars Thuiszorg (4x)
- Fysiotherapeuten (3x)
- Publiek/ patiënt/ cliënt (3x)
- Diëtisten (2x)
- Zorginkopers
- Aanbieders van leefstijlinterventies
- Podotherapeuten/ pedicures
- Specialisten

Wat (Wat moet het product zijn; Wat is nodig aan omstandigheden zodat je er als zorgverlener iets mee kunt?)

3

- Een overzicht op het gebied van: beweging; voeding; alcohol; roken
- Overzicht op hoofdlijnen; doorklikken voor de details van een interventie
- Het nu landelijke georiënteerde overzicht doorontwikkelen naar overzicht op regionaal niveau (bijvoorbeeld door GGD)
- Het overzicht moet beschikbaar zijn op lokaal niveau (sociale kaart)
- Simpel en visueel overzicht
- Er moet tevens informatie over mogelijke financiering worden toegevoegd
- Het overzicht moet inzicht geven in de kosten van een interventie
- Het overzicht moet inzicht geven in de benodigde mankracht en tijdsinvestering
- De interventiebeschrijving moet een korte beschrijving van de interventie; een tijdsplanning; de kosten; de aanmeldprocedure; en de beoogde doelgroep bevatten
- Het overzicht moet gekoppeld zijn aan de CGL-website (loketgezondleven.nl)
- Het overzicht moet onderdeel uitmaken van een breder overzicht met ondersteunende informatie voor leefstijlbegeleiding in brede zin
- Deze extra ondersteunende informatie bevat ook informatie over screenings-instrumenten; vaststellen van behoefte en ondersteuning bij ontwikkeling vaardigheden zoals Motivational Interviewing

Hoe (hoe kunnen we het product implementeren?)

- Via websites bekend maken bijv. CGL/ loket gezond leven.nl en websites van beroepsorganisaties (3x)
- Communicatie over het bestaan van het overzicht via de beroepsgroepen (2x)
- Via lokale kanalen bekend maken/ betrekken lokale partijen (2x)

- Implementatie via een plan vanwege de gelaagdheid van de overzichten; via CGL en via regionale databanken
- Zorgen dat het overzicht ook regionaal en lokaal beschikbaar wordt gemaakt
- Via wachtkamers bekend maken
- Bekend maken via folders en mond tot mond reclame
- Artikelen plaatsen in vakliteratuur; bijv. Huisarts Vandaag
- Er moet een (stappen)plan gemaakt worden voor de benodigde samenwerking (om bijv. de lokale sociale kaart te realiseren). Dit aanbieden als een soort van ondersteunend 'pakket'
- Aansluiten bij de reguliere werkwijze (laagdrempelig)

Algemene discussie

Het leefstijlinterventieaanbod moet op getrapte wijze worden aangeboden. Landelijk (I-database) is een overzicht nodig van brede programma's (GLI's) zoals Beweging en Van Klacht naar Kracht. Regionaal wil men ook weten of deze programma's reeds in de regio worden aangeboden.

Op lokaal niveau wil men inzicht hebben in lokale cursussen en beweegmogelijkheden, bijvoorbeeld lokale beweeggroepjes, start-to-run aanbieders en een cursus gezond koken door een diëtist. Dit laatste betreft een sociale kaart. De sociale kaart wordt niet en kan ook niet binnen het NAD gerealiseerd worden. Deze moet op lokaal niveau worden samengesteld door lokale samenwerkingspartners. Leefstijladviseur, GGD'en, fysiotherapeuten en eventueel sportservice-organisaties kunnen hierin een rol hebben.

4

In Den Haag is geprobeerd een lokale sociale kaart op te zetten, maar het actueel houden hiervan is lastig en vaak afhankelijk van tijdelijke subsidies. Belangrijk is dat een partij de verantwoordelijkheid hiervoor neemt; die is nu niet duidelijk belegd.

Vanuit het thema preventie zou een breder ondersteuningsaanbod moeten worden gecreëerd waarin wordt gezorgd dat lokale partijen worden geholpen bij het opzetten van lokale samenwerking en bij het creëren van een sociale kaart. Het landelijk leefstijlinterventieoverzicht is te zien als een onderdeel van dit ondersteuningsaanbod.

Belangrijk is dat professionals ondersteund worden bij vragen als:

- hoe regel ik de financiering van een sociale kaart?
- hoe zorg ik dat een sociale kaart up to date blijft?

Financiering van de GLI in het basispakket kan een belangrijke steun zijn om ook financiering van sociale kaart rond te krijgen, maar het is momenteel de vraag of dit gerealiseerd gaat worden. Mocht dit eventueel niet het geval zijn dan wordt de rol van gemeenten en GGD'en nog belangrijker.

3. Implementatiesessie Project richtlijn zelfcontrole

Vanuit de EADV wordt door een multidisciplinaire werkgroep een richtlijn opgesteld voor professionals over de relevante aspecten van zelfcontrole van bloedglucosewaarden.

Wie (Wie moet met het product werken?)

Diabetesprofessionals die een rol hebben bij zelfcontrole, primair diabetesverpleegkundigen, poh'ers en de huisartsen, maar ook overige beroepsgroepen als diëtist, apotheker en medisch specialist.

Wie moet er van het product op de hoogte zijn?

- Alle diabetes zorgprofessionals (diabetesverpleegkundige, poh'er, huisarts, medisch specialisten, diëtist, apotheker, psychologen)
- De patiënt (het ontwikkelen van een patiëntenversie valt buiten de scope van het project)
- Klinisch chemici
- Industrie (zelfcontroleapparatuur/middelen)
- Zorgverzekeraars Nederland

Wie zijn makers en brekers?

Makers: Diabetes zorgprofessionals, met een sleutelrol voor de direct bij zelfcontrole betrokken groepen en daarbinnen weer primair de diabetesverpleegkundigen

Brekers: Die partijen die de aanbeveling uit de richtlijn niet erkennen (literatuuronderzoek/wetenschappelijke onderbouwing is daarom een randvoorwaarde voor succes!) In het kader van brekers wordt gediscussieerd over de onderzoeksvragen die ten grondslag liggen aan deze richtlijn.

Wie kan een rol spelen bij implementatie?

- Diabeteszorgprofessionals, met een sleutelrol voor diabetesverpleegkundigen (trekkers)
- Industrie
- Scholingsinstituten

Wat (Wat is het eindproduct?)

- Een richtlijn voor professionals over de relevante aspecten van zelfcontrole van bloedglucosewaarden.
- Multidisciplinaire consensus op basis van literatuuronderzoek
- Een implementatieplan dat beoogt de evidence based conclusies en aanbevelingen breed in het veld te verspreiden

Wat is er nodig voor toepassing van het product?

- Vertaalslag van richtlijn naar de dagelijkse praktijk, aanbevelingen uit de richtlijn moeten aansluiten bij de dagelijkse beroepspraktijk
- Brede verspreiding van de richtlijn/beschikbaarheid ervan voor alle professionals die ermee zouden moeten werken

Wat zijn ondersteunende materialen die ontwikkeld moeten worden?

- Patiëntenversie van de richtlijn
- Praktische/handzame samenvattingskaart voor zorgprofessionals (zoals recent ook bij de Voedingsrichtlijn)

Hoe (Hoe gebruikers te informeren, enthousiasmeren en overtuigen om product te gebruiken?)

- Publiciteit genereren via de betrokken beroepsgroepen
- Samenvattingskaart verspreiden onder de meest betrokken zorgprofessionals, in elk geval diabetesverpleegkundigen en huisartspraktijken
- Artikel over richtlijn in vakbladen
- Organiseren multidisciplinaire scholingen rond de richtlijn

Hoe product verspreiden/onder aandacht brengen?

Zie boven, gebruik maken van communicatiekanalen van de betrokken beroepsgroepen

Wat kan de eigen beroepsgroep betekenen?

EADV wil absoluut een sleutelrol spelen bij implementatie, dit is hun core business.

Langerhans en EADV kunnen een rol pakken bij het organiseren van multidisciplinaire scholingen, andere scholingsinstanties zijn wellicht ook geïnteresseerd?

Strategie is om vanuit de betrokken beroepsgroepen implementatie op te pakken en dat dan samen te brengen, bijvoorbeeld in multidisciplinaire scholingen.

Algemene conclusie

Implementatiestrategie is afhankelijk van de evidence:

- Als de evidence de huidige werkwijze ondersteunt, zal implementatie van de richtlijn zich concentreren op het verspreiden van de richtlijn, promoten ervan (publiciteit) en het bevorderen van het gebruik ervan multidisciplinair
- Als de evidence aantoont dat de huidige werkwijze aangepast moet worden, zal implementatie van de richtlijn zich enerzijds concentreren op het verspreiden van de richtlijn, promoten ervan (publiciteit) en het bevorderen van het gebruik ervan multidisciplinair, maar anderzijds ook op het ondersteunen van de professionals in het werken volgens de richtlijn (scholing is dan veel belangrijker). In dit tweede geval zal de implementatiestrategie omvangrijker moeten zijn. Er zal dan een stakeholderanalyse plaats moeten vinden, de stakeholders zullen benaderd moeten worden en per stakeholder(categorie) zal dan het werken volgens de nieuwe richtlijn gestimuleerd moeten worden.

4. Implementatiesessie samenwerkingsafspraken

Doel was een brainstorm over Samenwerkingsafspraken. In dit geval de Landelijke Transmurale Afspraak Diabetes: een document waarin werkafspraken geformuleerd zijn voor verwijzing, terugverwijzing en consultatie bij diabetes mellitus type 2 en de reeds bestaande LESA's. De LTA wordt met financiering van het NAD ontwikkeld

Belangrijk voor de implementatie is om de barrières te benoemen voor de implementatie.

Binnen de brainstorm zijn de volgende barrières genoemd:

1. Financiële prikkels: De huisarts en de specialist hebben er in de huidige situatie allebei voordeel bij om de patiënt bij zichzelf in de zorg te houden.
2. Gebrek aan transparantie. Het is nodig om 'in elkaars keuken te kunnen kijken' en open te zijn. Vertrouwen is erg belangrijk voor samenwerking.

In de discussie wordt stilgestaan bij mensen met diabetes. Kan de voorkeur van mensen met diabetes nog een probleem opleveren als zij aangeven liever in de tweedelijns behandeld te blijven? De verwachting is dat dat wel meevalt. Het is wel erg belangrijk dat men goed geïnformeerd is.

Oplossingen

Er is een financiële prikkel nodig om het volgen van de LTA lonend te maken.

Het is belangrijk dat gegevens kunnen worden uitgewisseld. Het mogelijk maken van de uitwisseling (middels ICT) is erg belangrijk.

Verzekeraars kunnen een rol spelen bij het tot stand komen van samenwerkingsafspraken. Bijvoorbeeld met betrekking tot de data die uitgewisseld moet kunnen worden. Verzekeraars kunnen ziekenhuizen verplichten om ervoor te zorgen dat data uitgewisseld kan worden. Bij de implementatie van samenwerkingsafspraken zouden verzekeraars zich moeten richten op zowel de eerste- als de tweedelijns. Momenteel ligt de focus vooral op de eerstelijns.

Wat is er verder nodig vanuit het NAD?

Op de vraag waar het NAD aan kan bij dragen wordt deskundigheidsbevordering genoemd.

Hoe zou de implementatie in zijn werk kunnen gaan?

1. Lokaal worden er afspraken gemaakt. Wat willen huisartsen en specialisten?
2. Maak een protocol
3. Inbouwen in ICT (worden mensen terecht in de tweede lijn behandeld, worden mensen niet te laat naar de tweedelijns verwezen?)
4. Evalueren. Werkende weg wordt het beter

Goed voorbeeld

Diamuraal is een goed voorbeeld op het gebied van samenwerkingsafspraken tussen de eerste- en tweedelijnsdiabeteszorg. Binnen Diamuraal is aan een aantal randvoorwaarden voldaan om uitvoering te geven aan samenwerkingsafspraken. Binnen Diamuraal wordt gewerkt met een gedeeld patiëntendossier. Daarnaast is de internist opgenomen in de keten-dbc. Wanneer de internist geconsulteerd wordt over een niet-complexe patiënt geldt het 0-tarief. Wanneer een patiënt zorg uit de tweedelijns nodig heeft, wordt het basistarief ook vanuit de keten-dbc vergoed.