

Functionele bekostiging: Presentatie 14 mei 2009 NZa te Utrecht.

Naam: Tie Tjee

Huidige functie: Directeur/eigenaar Tjee Training & Consultancy

Reden voordracht: opgedane ervaringen en visie delen met NZa vanwege jarenlange ervaringen met dit thema vanuit diverse werkverbanden. Ik vertegenwoordig dus geen belangen van een groepering.

Voorheen:

- Commercieel Directeur bij ZorgDomein (verwijsapplicatie)
- Senior Adviseur bij het Ministerie van VWS op het dossier ICT in de Zorg
- Nationaal Programmamanager ICT voor Transmurale Zorgvernieuwing bij de Orde van Medisch Specialisten
- Business Unit Director Healthcare & Applications bij E-Wise bv (internet)
- Manager Scientific & Professional Services bij Parke-Davis BV (farmaceut)
- District Sales Manager bij Parke-Davis BV (farmaceut)
- Special Accounts Manager bij Parke-Davis BV (farmaceut)

Initiator geweest bij het ontstaan en verder ontwikkelen van zorgnetwerken binnen Nederland, later opgepakt door NICTIZ en VWS. Het innovatieve zit in de organisatorische, financiële aspecten binnen het concept, ketenzorg als leidraad en een matrixconcept rondom infrastructuur en infostructuur. Vanuit de vele transmurale zorgvernieuwingprojecten die binnen Nederland aan mij werden aangeboden ter subsidieaanvraag, heb ik veel van doen gehad met de zowel de medisch inhoudelijke als de organisatorische kant van ketenzorg.

Zitting gehad in:

- het Nationale CVA Kernteam van NICTIZ
- het BIOZ (Bestuurlijk ICT Overleg Zorgkoepels), zeg maar de ketenpartners op koepel nivo
- expertsessies bij het CVZ over eHealth, domotica en telemedicine
- Stuurgroep Landelijk Implementatie Medicatie (SLIM) bij NICTIZ
- Farmacotherapie Commissie van de KNMP t.b.v. de G-Standaard
- de Nederlandse e-Pharmacy werkgroep
- de Projectgroep Telemedicine bij het NEN, het Nederlands Normalisatie Instituut

Daarnaast heb ik eind 2003 op verzoek van VWS een presentatie gehouden voor de ambtelijke top (DG's en directeuren) van VWS over het onderwerp 'Kwaliteit van zorg & ICT; Ketenzorg'.

Uitgangsvisie:

- Binnen de zorgsector bestaat al vele decennia lang een cultuur waarbij *medische professionele autonomie* voorop staat. Deze staat zelfs hoger in prioriteit dan het doel om als hulpverleners 'groep' een totaal plaatje geleverde zorg van hoge kwaliteit te leveren. Immers er bestaat vrijwel geen zorg dat geen ketenzorg is. Ergo, vrijwel elke zorgverlener levert in de optiek van de patiënt een *half-fabriek* af in het kader van het totaal ontvangen zorg. Tussen half-fabrikaten bestaan altijd afhankelijkheden...waardoor de grensvlakken goed moeten aansluiten. In een sector waarbij een fysiek product geproduceerd zou worden, is het meteen zichtbaar wanneer de grensvlakken niet goed aansluiten. Er is maar 1 persoon die al die grensvlakken in beeld heeft en dat is de patiënt!
- "*De patiënt staat centraal*" is een term die overal geroepen wordt, alleen wordt er geen context bij verteld....ik vul deze altijd aan met de quote "...in de weg!" Immers in vrijwel elk project is de patiënt lijdend voorwerp en wordt, als ze al betrokken worden, helemaal aan het eind van een projectdesign erbij gehaald...met als gevolg dat deze patiënt met allemaal zaken komen die

wijzigingen aan het project betekenen, waar je als projectleider helemaal niet op zit te wachten.

- Ketens worden vaak als rechte lijn uitgebeeld met als start de huisarts en een andere hulpverlener als einde. De patiënt zelf komt niet voor op deze rechte lijn, maar staat gewoon aan de zijlijn. Dat terwijl *er maar één constante is en dat is de patiënt zelf!* Hanteer het *Margriet-model van het CVZ* (check Walter Salzmans) waarbij de patiënt centraal staat en de zorg en de hierbij behorende informatie hier omheen geplooid zit..
- *Zorg dient op maat te zijn!* Dit werd op het laatste diabetescongres opnieuw benadrukt als zijnde zeer relevant. Dit staat potentieel haaks op het werken met protocollen. Het hangt allemaal van de definitie af, zoals in het verleden in de huisartsenwereld lang en nog steeds geworsteld wordt met hun eigen termen 'richtlijn'en 'NHG standaard'. *Protocollen, de zorgstandaarden, dienen in mijn beleving slechts als handvat.* Er dienen zorgstandaarden te zijn, echter niet om deze klakkeloos toe te passen. Het gaat juist om de zorgverlener die een juiste inschatting moet maken of deze zorgstandaard daadwerkelijk van toepassing is op de betreffende patiënt. *Een weloverwogen afwijking van de zorgstandaard is net zo goed als een weloverwogen volgen van de zorgstandaard.* De definitie van zorgstandaarden in de Nza visie spreekt mij dan ook aan!
- Immers de onderliggende protocollen/richtlijnen komen voort uit wetenschappelijke studies, waarop een interpretatie wordt losgelaten leidende tot deze protocollen. Het komt vrijwel niet voor dat de onderzoekspopulatie(s) exact overeen komt met de onder behandeling staande patiënt. Toch wordt deze interpretatie vaak willekeurig losgelaten op elke patiënt die er op lijkt! In het verleden heb ik nascholingen ontwikkeld voor zowel huisartsen als medisch specialisten, alsook nascholingen die gezamenlijk ontwikkelt werden door huisartsen en specialisten. De ontwikkeling van deze nascholing gebeurde met name met die artsen die in hun eigen beroepsgroep de richtlijnen ontwierpen. Het viel mij op bij de voorbereiding van een nascholing, waarbij dus een patiëntcasus wordt uitgewerkt, dat de uitleg van de huisartsen over 'hun huisarts richtlijn' en de uitleg van de specialist over 'hun specialist richtlijn' totaal uit elkaar liepen! Dit allemaal op basis van dezelfde studie! Over en weer werden verwijten gemaakt dat er appels met peren werden vergeleken. Voor mij werd duidelijk dat zij in totaal andere contexten werken en dus denken en doen. Hierdoor ben ik de term EBM gaan uitleggen als Evidence Biased Medicine! Immers het bleek dat elke beroepsgroep er zijn eigen filter overheen zet, met een vaak heel andere uitkomst (richtlijn)! Hier komt de professionele autonomie weer om de hoek. Hierbij deel ik de mening van prof. Zwetsloot (LUMC) dat richtlijnen over meerdere lijnen (1^e en 2^e lijn) heen niet goed werken. Bij eenzelfde klinimetrische waarde zullen 1^e of 2^e lijn een andere behandelstrategie hebben. Dan gaat het er dus om wie gaat bepalen welke zorgverlener welk deel van het ziekteproces aanpakt?
- Dan komen we eigenlijk op het volgende punt: *gaan we verticale marktwerking of horizontale marktwerking toelaten?*
Bij verticale marktwerking staat vast welke *specifieke beroepsgroep* een taak gaat uitvoeren en uit deze beroepsgroep kan iemand in de zorggroep worden opgenomen voor die specifieke taak.
Bij horizontale marktwerking worden *aan de taak specifieke eisen gesteld* aan degene die deze mag uitvoeren (gediplomeerd, expertise, e.a. competenties). Uit welke beroepsgroep of lijn deze zorgverlener komt maakt dan niet uit. Immers de kwaliteit van geleverde zorg staat voorop, wie deze uitvoert is van minder belang. *Een 'best of breed' principe.*
- Reeds samenwerkende disciplines doorzetten naar zorggroepen garandeert niet dat er kwaliteit geleverd wordt. Ik heb teveel 'samenwerkende' disciplines meegemaakt, waarbij meer 'gewerkt' werd, dan 'samen'. Geen afstemming, dus geen samenhang. Kwaliteit gaat pas komen als bepaalde *uitgangspunten* gehanteerd worden:
 - Besef Margriet-model

- Besef half-fabrikaat
- Besef dat er altijd afhankelijkheden bestaan tussen half-fabrikaten
- Besef dat elke leverancier van een half-fabrikaat zijn eigen context heeft
- Besef dat het geheel van half-fabrikaten de daadwerkelijke geleverde 'zorg' is

De HASP (huisartsen-specialisten) richtlijn is een aardig voorbeeld dat kan dienen hoe deze afhankelijkheden concreet af te spreken zijn. Deze dient echter uitgewerkt te worden tussen die zorgverleners die een afhankelijkheid met elkaar hebben.

- *Samenwerken moet je leren!* Samenwerken vraagt om een bepaalde houding en competenties. Betere afstemming en coördinatie tussen verschillende zorgaanbieders komen niet vanzelf en gaan gepaard met meer tijd en kosten. We kunnen wachten op het genoemde leereffect (training on the job) en de daarmee dalende kosten voor samenwerking OF we gaan ze vooraf leren hoe te gaan samenwerken als team! Immers daar worden ze op afgerekend.
-
- *Eilandfinanciering geeft eilandzorg.* Zolang de financiering nog verticaal blijft, zal dit triggers geven die optimale samenhangende zorg belemmert.
- *Informatie-eis bij inkoop!* Daarmee bedoel ik dat zorgverzekeraars niet alleen 'informatie aanleveren' als eis moeten stellen, maar ook 'eisen aan de informatie'. Bv is deze herleidbaar tot de primaire zorgregistratie? Dan zijn geleverde prestatie-indicatoren ook daadwerkelijk betrouwbaar.
- Zorgstandaarden als noodzakelijke randvoorwaarde
In de context dat een zorgstandaard **als handvat** gebruikt dient te worden wel. Niet als het als een opgelegd protocol neergelegd wordt, dat bij iedere patiënt toegepast dient te worden. Er dienen zorgstandaarden te zijn, echter niet om deze klakkeloos toe te passen. Het gaat juist om de zorgverlener die een juiste inschatting moet maken of deze zorgstandaard daadwerkelijk van toepassing is op de betreffende patiënt. Daarbij speelt *Een weloverwogen afwijking van de zorgstandaard is net zo goed als het weloverwogen volgen van de zorgstandaard.* Daar sluit de gebruikte definitie van een zorgstandaard goed op aan. Het gaat er bij de chronische patiënt om goede zorg op maat te leveren.
- Andere middelen om de kwaliteit te borgen
 - Generieke uitgangspunten definiëren voor goede samenwerking
 - Informatie eis bij inkoop van zorg, waarbij er ook eisen gesteld worden aan de informatie zelf. Te weten, dat deze herleidbaar dient te zijn tot de primaire zorgregistratie.
 - Zorggroepen in teamverband trainen, c.q. scholen op het gebied van samenwerken
- Regierol
Hier zijn de grootste hobbels te vinden! Het organiseren en tot standkomen van een zorggroep staat nog in de kinderschoenen. Dit is terug te zien in de KIS (Keten Informatie Systeem) systeem trajecten, waarbij in een regio soms separate trajecten ontstaan voor de selectie van een KIS vanuit de huisartsen en het ziekenhuis separaat?!
Ik ben er voorstander van dat deze rol bij partijen terecht komt die voldoen aan competenties, die opgesteld worden om aan deze rol te voldoen. Niet koppelen aan een positie, maar aan competenties. Immer een regievoeren over meerdere typen zorgverleners, is een heel ander verhaal dan zorg verlenen sec.
Ik zie al voorbeelden waarbij bepaalde zorgverzekeraars deze rol opdringen aan bv huisartsen, die hier niet op zitten te wachten en deze taken vervolgens outsourced....naar een partij die buiten de zorgsector acteert en een AO rol vervult. Iemand met een inhoudelijke rol speelt dan namelijk ook met 2 petten op mee in het spel, wat niet handig is.
Een koptarief dient gekoppeld te worden aan competenties en niet aan een andere rol binnen de keten.

- **Toetredingsdrempels**
 Dan komen we eigenlijk op het volgende punt: *gaan we verticale marktwerking of horizontale marktwerking toelaten?*
 Bij verticale marktwerking staat vast welke *specifieke beroepsgroep* een taak gaat uitvoeren en uit deze beroepsgroep kan iemand in de zorggroep worden opgenomen voor die specifieke taak.
 Bij horizontale marktwerking worden *aan de taak specifieke eisen gesteld* aan degene die deze mag uitvoeren (gediplomeerd, expertise, e.a. competenties). Uit welke beroepsgroep of lijn deze zorgverlener komt maakt dan niet uit. Immers de kwaliteit van geleverde zorg staat voorop, wie deze uitvoert is van minder belang. Een *'best of breed' principe*. Elke zorggroep dient duidelijk te kunnen maken op basis van welke argumenten deze partijen aan boord zijn (*transparantie*). Hiermee voorkom je al dat een zorggroep slechts uit 1 discipline bestaat.
- *Samenwerken moet je leren!* Samenwerken vraagt om een bepaalde houding en competenties. Betere afstemming en coördinatie tussen verschillende zorgaanbieders komen niet vanzelf en gaan gepaard met meer tijd en kosten. We kunnen wachten op het genoemde leereffect (training on the job) en de daarmee dalende kosten voor samenwerking OF we gaan ze vooraf leren hoe te gaan samenwerken als team! Immers daar worden ze op afgerekend.
- *Eilandfinanciering geeft eilandzorg*. Zolang de financiering nog verticaal blijft, zal dit triggers geven die optimale samenhangende zorg belemmert.
- *Besef*
 - Besef Margriet-model
 - Besef half-fabriekaat
 - Besef dat er altijd afhankelijkheden bestaan tussen half-fabrikaten
 - Besef dat elke leverancier van een half-fabriekaat zijn eigen context heeft
 - Besef dat het geheel van half-fabrikaten de daadwerkelijke geleverde 'zorg' is (bij fysiek product direct zichtbaar als het niet past)
- Nza visiedocument is geschreven vanuit economische vraagsturing en niet vanuit patiënt vraagsturing.
- Ik mis in het visiedocument het domein Telemedicine. Er inmiddels al vele telemedicine leveranciers die hun diensten aanbieden aan de doelgroep van chronisch zieken. Hoe gaan deze diensten in een zorggroep komen? Bovendien zie ik dat patiënten veel meer aan zelfmonitoring en zelfmanagement doen, indien ze aan telemedicinetrajecten meedoen. Is hier ook een koptarief mogelijk voor patientempowerment?