

Q&A MICx Webinar NVKI – 12 mei 2021 Netwerkzorg

Hoe zie je het gebruik van de verschillende modellen terug in de praktijk en zie je een verschil in succes bij het wel of niet toepassen van zo'n (bepaald) model?	Het Interoperabiliteitsmodel raakt steeds verder ingeburgerd en biedt zeker vanuit het informatie/perspectief heldere handvatten om alle partijen met elkaar te verbinden. Aanvullend daarop helpt het regenboogmodel om op een heel andere manier naar je netwerk te kijken en verder bloot te leggen wat er zich 'onder water' afspeelt.
Veel modellen werken in 'lagen' om verschillende aspecten te benoemen. Wat is in jouw ogen de beste methodiek om deze lagen goed in verbinding te brengen?	Door bij ieder besluit of constatering in een laag jezelf af te vragen wat de consequentie is voor andere lagen. Zelf heb ik goede ervaring door bij de proceslaag (interopmodel) te beginnen en vanuit de ervaren knelpunten na te gaan wat de relatie is met informatie, applicatie en beleid. Het risico van beginnen bij de proceslaag kan zijn dat je minder goed met een frisse blik het proces kan optimaliseren. Het is de uitdaging om je te blijven afvragen: waarom?
Kijkend naar het 5-lagen interoperabiliteits model van Nictiz, op welke lagen zie je dan de meeste uitdagingen bij de implementatie van netwerkzorg?	De mogelijkheden in de techniek zijn eindeloos. De uitdagingen zitten dan ook niet in de onderste lagen van het interoperabiliteitsmodel. Netwerkzorg vereist een andere manier van werken en het herinrichten van processen. De grootste uitdagingen zitten dus vooral op de bovenste lagen van het interoperabiliteits model.
Als er een positieve evaluatie is, waarom dan nog geen brede adoptie? Vanwege kosten?	Uit de evaluatie onder medisch specialisten bleek dat alle specialisten dergelijke technieken graag z.s.m. breed toegepast zien in het ziekenhuis. De wil is er dus zeker wel, maar het herinrichten van processen kost tijd. Aan de andere kant moet de techniek ook bekostigd worden en moet er door ziekenhuizen keuzes gemaakt worden op welke zorgpaden ingezet wordt.
Welke lagen uit het interop model dekt RIVO noord straks af en zit daar overlap met bestaande of andere initiatieven zoals St. Gerrit? Waarom daar niet op doorbouwen?	De focus ligt op beleid, proces en informatie, en GERRIT is hier partner in. Het RIVO bereikt echter ook een grote groep zorgverleners die op andere manieren digitaal ontkoppelen dan door het gebruik van de GERRIT infrastructuur. https://www.rivo-noord.nl/rivo-noord/partners/
Een fris concept, die netwerkviewer. Wat is er nodig om dit goed te laten slagen en is het dan een kopieerbaar concept?	We zijn er, breed in het RIVO gedragen, van overtuigd dat 1 centrale toestemmingsregistratie in de vorm van MITZ een noodzaak is; niet alleen qua toestemmingen, maar ook qua vakinhoudelijke protocollen voor wat betreft gegevenssets en zorgpaden. En dan is dit concept eenvoudig landelijk uit te rollen.

<p>wanneer spreek je van ketenzorg, en wanneer van netwerkzorg?waarbij je vrijwel altijd met meerdere zorgverleners te maken hebt.</p>	<p>Ketenzorg is meer lineair en zou je meer kunnen zien als overdracht van A naar B. Wanneer je samenwerkt rond een zorgvrager, gaat dit verder dan overdracht en past de term Netwerkzorg beter. NB Zodra je het sociaal domein erbij betreft, kan je beter nog van Netwerkaanpak spreken!</p>
<p>Kan netwerkzorg ook niet richten op één persoon?</p>	<p>Ja het zorgnetwerk organiseert zich uiteraard rond individuele gevallen. Echter qua bekostiging, protocollen en werkafspraken tussen zorgaanbieders/-professionals is een hoogover netwerkaanpak noodzakelijk. Hier bepaal je de kaders en vrijheidsgraden, vandaaruit kan het individu zorg op maat ontvangen.</p>
<p>Welk verschil heeft de zorgviewer met een PGO?</p>	<p>De zorgvier maakt gebruik van authenticatie technieken bestemd voor zorgverleners, en roept bronnen aan die voor zorgverleners beschikbaar worden gesteld; ook worden er geen voorbehouden (bv in tijdslijn) gemaakt over welke informatie (al) wel te tonen, en welke (nog) niet. Er wordt over nagedacht om in een later, volwassener stadium, een MedMij achtige interface op de viewer-structuur te kunnen koppelen.</p>
<p>Was even benieuwd of naast de ideeën over de viewer ook wordt gedacht aan het tonen van een tijdslijn in de werkomgeving van de zorgverlener en patiënt, zoals wordt voorgesteld in de standaard van de NVvR ?</p>	<p>In de bouw-connectathon en ook in onze eigen concepten staat een tijdslijn sowieso centraal; de grafische complexiteit en mogelijkheden zullen waarschijnlijk vooral moeten leunen op de mate waarin er formele, breed geadapteerde zorgpaden zullen worden gehanteerd over zorgverleners heen.</p>
<p>Hoe kijken jullie tegen de rol van het PGO in de keten zorg... De zorgverlener heeft geen invloed op de doorontwikkeling van een PGO. Een zorgverlener kan een patiënt niet dwingen naar een bepaalde PGO. Hoe afhankelijk moet een zorginstellingen zich dan maken van een PGO leverancier in een zorgketen.</p>	<p>Gezien de genoemde eigenschappen: het PGO ontvangt die data die wordt aangeboden; een specifieke populatie kan de suggestie gedaan krijgen een specifiek PGO te kiezen om meer mogelijkheden te krijgen, maar daar houdt het dan ook op. Ik zou zelf altijd voor ogen blijven houden dat het eindpunt van bemoeienis voor de zorginstelling de communicatie interface is. Om ook zorglogistieke zaken in het PGO te krijgen lijken op dit moment proprietary extra interfaces noodzakelijk, buiten MedMij om.</p>
<p>Is er binnen Netwerkzorg geen grote behoefte aan gemeenschappelijke behandelafspraken en taakverdeling? Welke ervaringen met multidisciplinaire behandelplannen zijn er in dit verband?</p>	<p>In de Virtual Ward in Amsterdam hebben we verschillende zorgpaden ingericht. In het ontwerpen van de samenwerking en het netwerkzorgplatform zijn de zorgverleners vanaf het begin betrokken. Met hen is het proces opgesteld en getest. Nog steeds vindt wekelijks evaluatie plaats, zodat er steeds beter kan worden afgestemd.</p>