

# TE VROEG VOOR EUFORIE

*Succes van digitaal verwijzen heeft een schaduwzijde*

Met 4000 elektronische verwijzingen per maand, lijkt de verwijsapplicatie ZorgDomein in Zuidoost-Brabant een succes. Voor euforie is het echter te vroeg. De invoering verliep stroef en de software lost (nog) niet alle beloften aan de deelnemende partijen in.

ROLAND BAL c.s.

**D**oor de toenemende complexiteit van het zorgaanbod is de roep om meer geïntegreerde vormen van zorgverlening de laatste jaren sterk toegenomen. Patiënten die zich een weg door de jungle van de zorg moeten banen, voelen zich aan hun lot overgelaten.<sup>1</sup> Ook zorgverleners merken dat de verbrokkeling in de zorg niet bijdraagt aan de efficiëntie en de kwaliteit. Op tal van plekken wordt dan ook gewerkt aan vormen van transmurale zorg.

In de regio Zuidoost-Brabant is op initiatief van het Regionaal Overlegorgaan Curatieve Zorg (ROCZ) in 2004 de verwijsapplicatie ZorgDomein ingevoerd als opstap voor verdergaande vormen van samenwerking.<sup>2</sup> In dit artikel de eerste ervaringen op basis van een evaluatie van het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg (iBMG).

ZorgDomein is voortgekomen uit het Leids Verwijsproject.<sup>3 4</sup> De verwijsapplicatie heeft tot doel de kwaliteit en de efficiëntie van het verwijs- en zorgproces te verbeteren. Onderdeel is een proces waarin huisartsen en specialisten afspraken maken over wederzijdse verwijzingen en waarin zowel lokale als nationale routines en richtlijnen zijn opgenomen, met als basis de HASP-richtlijn over elektronisch verwijzen en rapporteren.<sup>5</sup> ZorgDomein kent vier verwijstypen. Behalve gewone en spoedverwijzingen worden er verwijzingen met verkorte toegangstijd en combinatieafspraken in opgenomen.

Bij de start van ZorgDomein, 1 juni 2004, waren drie van de vier ziekenhuizen in de regio Zuidoost-Brabant en tien poortspecialismen bij het project betrokken. Later is ook het vierde ziekenhuis aangehaakt en is voor alle poortspecialismen hetzelfde verwijsaanbod ontwikkeld. Circa 250 van de in totaal 350 huisartsen uit de regio

zijn inmiddels aangesloten. Ook andere zorgaanbieders, zoals de GGZ-E, doen mee. Andere staan in de wacht, zoals het revalidatiecentrum Blixembosch en het Diagnostisch Centrum Eindhoven.

## SAMENWERKEN

Goed verwijzen is niet alleen een kwestie van de invoering van een verwijs-



BEELD: PLUS

applicatie. Belangrijk is dat de samenwerking gewaarborgd is op ten minste drie niveaus: op het niveau van het professioneel handelen, op dat van de organisatie van zorginstellingen en op dat van de bestuurlijke samenwerking in de regio.<sup>6</sup> Hiertoe is een convenant opgesteld, waarin huisartsen en medisch specialisten onder meer hebben afgesproken dat zij waar mogelijk gebruikmaken van de mogelijkheid tot elektronische verzending van verwijs- en retourbrieven. Ook staat erin dat ziekenhuizen de benodigde infrastructuur voor de huisartsen financieren en dat mogelijke efficiëntiewinsten worden verdeeld tussen de eerste en de tweede lijn; het 'geld volgt de zorg'-principe.

Medio 2006 werden circa 4000 verwijzingen per maand elektronisch verstuurd. Dit is circa tweederde van de verwijzingen van huisartsen en eenderde van alle tweedelijnsverwijzingen uit de regio. Poliklinieken verstuurden maandelijks 15.000 retourberichten - veel poliklinieken communiceren alleen nog maar elektronisch met huisartsen. Daarmee lijkt de elektronische communicatie tussen huisartsen en specialisten goed op gang gekomen.

Bovendien voldoen de verwijsbrieven beter aan de HASP-richtlijn dan 'gewone' brieven, hoewel specialisten aangeven dat de kwaliteit wisselend is.<sup>2</sup> Ook het gegeven dat nieuwe partners willen aanhaken, wijst op een succes. Toch kan er nog veel worden verbeterd. Een greep uit de belangrijkste aandachtspunten:

### 1. HIS-koppelingen

Het maken van verwijzingen kost huisartsen te veel tijd. ZorgDomein haalt in

het ideale geval alle relevante informatie automatisch uit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) om er een verwijsbrief van te maken. De koppelingen tussen ZorgDomein en de vijf verschillende HIS'en die de huisartsen gebruiken, werken echter niet altijd goed. Dat heeft onder meer te maken met technische redenen. Voor sommige HIS'en werken de koppelingen niet optimaal. En niet alle huisartsen gebruiken de laatste release van hun HIS. Ook hebben huisartsen vaak een geheel eigen manier van

onzichtbaarheid van de verwijzingen lijkt bij te dragen aan een negatieve beeldvorming onder specialisten.

### 3. ZIS-Koppelingen

Ook in het ziekenhuis zijn er technische obstakels en ongemakken bij het gebruik van ZorgDomein. Koppelingen tussen ZorgDomein en Ziekenhuis Informatie Systemen (ZIS'en) ontbreken (nog) - de verwijsapplicatie is in eerste instantie ontwikkeld voor koppeling met HIS'en. ZorgDomein-verwijzingen die in het

## Verwijzingen als attachment bij een e-mail moeten op de poli worden overgetypt

werken in hun HIS. Sommige informatie staat bijvoorbeeld niet op de plek waar de HIS-leverancier het heeft bedoeld en is daardoor onvindbaar voor ZorgDomein.

Alleen als de technische kwaliteit van de koppelingen en de registratie van de huisartsen verbetert, neemt ZorgDomein alle relevante gegevens (en ook niet meer dan die) over in de verwijsbrief. Omdat dit nog niet altijd gebeurt, kost het schrijven van een brief extra tijd. Dat wordt nog versterkt doordat er in de eerste versies van ZorgDomein van werd uitgegaan dat huisartsen hun brief al tijdens het consult schrijven. In de nieuwe versie is hieraan tegemoet gekomen.

### 2. Betrokkenheid van specialisten

ZorgDomein is voor veel specialisten in het dagelijks gebruik onzichtbaar, waardoor zij zich niet echt betrokken voelen bij de nieuwe werkwijze. De veranderingen zijn vooral merkbaar op de poliklinieken: het checken van e-mail voor verwijsbrieven, logistieke afstemming over combinatieafspraken met bijvoorbeeld het laboratorium en de röntgenafdeling, patiënten aan de telefoon anders te woord staan, retourbrieven elektronisch in plaats van per post versturen. Kortom, veel ondersteunende taken zijn veranderd.

Dat geldt niet voor de taken van de specialist. Hij krijgt patiënten op het spreekuur die weliswaar wat meer informatie bij zich hebben en soms beter zijn voorbereid, maar voor de specialist is een ZorgDomein-patiënt niet wezenlijk anders dan een gewone patiënt. Deze

ziekenhuis binnenkomen als attachments bij een e-mail, moeten op de polikliniek worden overgetypt in het ZIS of worden uitgeprint en aan het papieren dossier toegevoegd. Op deze manier worden de voordelen van het elektronisch berichtenverkeer in het ziekenhuis tenietgedaan.

### 4. Verwachtingmanagement

Een omvangrijk en complex project als de implementatie van ZorgDomein kan alleen van de grond komen als beloften worden gemaakt - en nagekomen. Stroomlijnen van de communicatie tussen huisartsen en medisch specialisten, efficiëntiewinsten en invoering van patiëntgerichte zorg zijn een aantal van de positieve effecten die deelnemers over de streep hebben getrokken. Het gaat hier niet om loze beloften: geslaagde implementatie van ZorgDomein kan inderdaad deze effecten opleveren. Naast het vergroten van draagvlak, genereert het creëren van verwachtingen echter ook risico's, omdat sommige beloften nu eenmaal niet (binnen afzienbare termijn) kunnen worden ingelost.

Bij ZorgDomein in de regio Zuidoost-Brabant speelde dit onder nog meer bij de invoering van het elektronisch retourbericht. Huisartsen stelden dit als voorwaarde, omdat hiermee een belangrijk onderdeel van de beloofde wederkerigheid van het project invulling kreeg. De invoering van elektronische retourverwijzingen stuitte echter op grote technische en praktische obstakels in ziekenhuizen. Niet alleen bleek >>



<< het technisch een lastige operatie, ook vergde de nieuwe werkwijze op veel poliklinieken grote veranderingen in bijvoorbeeld de taakverdeling tussen specialisten en medisch secretariaten. Voortdurend bijstellen van de verwachtingen en extra investeringen bleken noodzakelijk om huisartsen binnenboord te houden. Inmiddels is het gelukt de stroom met retourberichten goed op gang te krijgen, maar dit heeft twee jaar langer geduurd dan aanvankelijk gedacht.

### 5. Financiële borging

De financiële borging is zowel een voorwaarde als een van de lastige vraagstukken, wil het project slagen. Wat betreft de invoering van ZorgDomein gaat het om de vraag hoe (tijds)investeringen door de ene partij (huisartsen) die mogelijk efficiëntiewinst opleveren bij de andere (ziekenhuizen, maatschappen) moeten worden ingeschat en vergoed. In het

traject in het ziekenhuis) is bovendien inzicht in de feitelijke tijdsbesteding gewenst. Datzelfde geldt voor de mogelijke efficiëntiewinst in ziekenhuizen. Ten tijde van onze evaluatie was hier, door het lage volume verwijzingen op polikliniekniveau, nog weinig zicht op. Desondanks hebben de zorgverzekeraars zich inmiddels aangesloten en er zijn ook afspraken gemaakt over de vergoeding van de huisartsen.

### VERANDERINGSINSTRUMENT

Ondanks de soms lastige problemen heeft het project veel positieve effecten gesorteerd. Belangrijk is dat er bij het begin van het project voldoende overeenstemming in zorgvisie was; het convenant dat daarvoor is opgesteld, kon gedurende het project steeds meer als een veranderingsinstrument werken. Bovendien is van belang dat de projectleiding voldoende mandaat en middelen - zowel in menskracht als in financiële

## Inzicht in de feitelijke tijdsbesteding is gewenst

project is de praktische ondersteuning van de eerste lijn vergoed, net als de materiële investeringen van huisartsen en de abonnementsgelden die met het gebruik van ZorgDomein zijn gemoeid. Deze kosten zijn betaald uit de lokale component van de ziekenhuisbudgetten.

Voor meer structurele inbedding is de betrokkenheid van zorgverzekeraars gewenst, maar geen vanzelfsprekendheid. Vooral als het gaat om de extra tijdsinvesteringen van huisartsen (voor het verwijzen en het schrijven van brieven, voorlichting van patiënten over het

armslag - kreeg. Daarnaast heeft zowel de projectstructuur (met daarin een grote verantwoordelijkheid bij lokale spelers) als de evaluatie eraan bijgedragen dat opkomende problemen in het project snel konden worden herkend en geanalyseerd.<sup>7</sup>

Regio's die met ZorgDomein willen werken, doen er goed aan de ervaringen uit Zuidoost-Brabant serieus te nemen. Verder moet onderzoek naar de kosteneffectiviteit meer inzicht geven op de vraag of de positieve effecten opwegen tegen de forse investeringen die nodig zijn. ■

### Literatuur

1. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Quality in Health Care* 1999; 8 (1): 16-21. 2. Bal R, Mastboom F. Op weg naar transmurale samenwerking? *Eindevaluatie ZorgDomein ZO Brabant*. Rotterdam: iBMG; december 2005. 3. Maljers JF, Balestra W, Klay NH, Group PM. Vier jaar Leids verwijzen: Invulling van het niemandsland tussen eerste en tweede lijn. *Medisch Contact* 2001; 56 (19): 747-9. 4. Balestra W. De vrijblijvendheid voorbij: Elektronisch verwijzen brengt 'Leids verwijzen' op een hoger plan. *Medisch Contact* 2006; 61 (13): 521-4. 5. NHG, COSIM, CSIZ. Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen. *Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap*; december 2000. 6. Donkers ECMM, Leeuwen GJ van. Kwetsbare ketens: Aansturing ketenzorg moet beter worden georganiseerd. *Medisch Contact* 2005; 60 (31/32): 1273-5. 7. Stoop AP, Berg M. Integrating Quantitative and Qualitative Methods in Patient Care Information System Evaluation. *Methods of Information in Medicine* 2003; 42 (4): 458-62.

### SAMENVATTING

- Als opstap voor geïntegreerde zorg is in de regio Zuidoost-Brabant in 2004 het systeem ZorgDomein geïmplementeerd voor digitale communicatie tussen eerste en tweede lijn.
- Het systeem lijkt succesvol, maar daarvoor moesten een aantal serieuze technische en organisatorische obstakels worden overwonnen.
- Geïntegreerde zorg kan slechts werken als borging in het medisch handelen, bij zorgaanbieders en op regionaal niveau heeft plaatsgehad.

dr. R. Bal,  
universitair hoofddocent, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universitair Medisch Centrum

dr. F. Dijkers,  
huisarts, docent praktijkorganisatie, afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

drs. F. Mastboom,  
junior regioadviseur, Stichting Lijn 1, Den Haag

drs. A.M.P.H. Schuybroek,  
projectleider Implementatie Complicatieregistraties bij ziekenhuizen, Orde van Medisch Specialististen

drs. H.P. Spiers,  
huisarts in Eindhoven

dr. H.J. Rutten,  
oncolologisch chirurg, Catharina-ziekenhuis Eindhoven

Correspondentieadres: r.bal@bmg.eur.nl;  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Het evaluatierapport kan worden gedownload via onze site:  
[www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).