

Madonna programma: de gebruikers aan het woord

Hans van der Slikke^a, Cor de Feyter^b, Steve Peters^c, Peter Kenemans^a

^a VU medisch centrum Amsterdam, afd gynaecologie & verloskunde

^b FTS consultancy, Heemstede

^c Vrije Universiteit Amsterdam, faculteit economische wetenschappen en bedrijfskunde.

Samenvatting

Het Madonna programma is ontstaan uit ongenoegen. Met name de hinder die werd ervaren in de specialistische praktijk, door slechte communicatie, wachtlijsten, het niet beschikken over noodzakelijke data (samengevat onder het woord “disutility”) was een belangrijke drijfveer tot verandering.

Beschreven wordt hoe dit ongenoegen aanleiding was voor onze afdeling tot een totaal nieuw concept van continue zorg, zich uitstrekkend van ver vóór de deuren van de polikliniek tot en met de terugkeer in het werkproces.

Keywords:

Medische informatiekunde, transmurale ketenzorg, communicatie, zorgpaden.

Introductie

Er is dringend behoefte aan een efficiënte gezondheidszorg. Deze behoefte bestaat met name ook bij diegenen die verantwoordelijkheid dragen niet alleen voor de kwaliteit van de directe patiëntenzorg maar ook voor de medische opleiding, medisch-wetenschappelijk onderwijs en onderzoek: de universitair medisch specialisten en velen met wie zij samenwerken.

Het bleek voor de gynaecologen van het VU medisch centrum steeds lastiger de universitaire kerntaken met elkaar te combineren en naar behoren te vervullen.

De drie taken zijn bovendien competitief ten opzichte van elkaar: het budget voor het ziekenhuis wordt bepaald aan de hand van enige parameters, waarvan het aantal nieuwe patiënten er één is. Veel nieuwe patiënten leggen echter ook beslag op veel tijd, ruimte en personeel. Academische centra moeten open staan voor een toestroom door derdelijns verwijzingen: deze patiënten komen veelal van buiten het directe verzorgingsgebied, maar hebben allen symptomen/ziekten die passen binnen de specifieke expertise van de universitaire medische staf. Oncologie bijvoorbeeld is altijd zo'n speerpunt geweest. Verder zijn dat voor de afdelingen V&G van het VUmc: familiale tumoren, climacteriële en menopauzeproblematiek (*‘De ouder wordende vrouw’*), endoscopie/minimal invasive surgery,

endometriose, PCOS, kunstmatige voortplanting, pre-conceptionele counseling, meerlingcentrum, foetale geneeskunde, onderwijs inclusief skills-lab en high risk verloskunde.

Hoe meer derdelijns verwijzingen, des te meer gelegenheid de expertise in deze gebieden verder te verdiepen en onderzoek te doen. Uiteindelijk moet een deel van de staf betaald worden door de opbrengsten gerelateerd aan wetenschappelijke publicaties.

De medische opleiding vraagt echter juist en vooral een algemene doorsnede van het patiëntenmateriaal, de alle-daagse ziektebeelden. Dit is één van de argumenten geweest tot intensieve samenwerking met perifere afdelingen, als eerste met de afdeling verloskunde & gynaecologie van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam (SLAZ). Deze in 2002 gestarte strategische medisch-professionele netwerkvorming tussen het VUmc en de ziekenhuizen in de regio (*teaching hospitals*), maakt speciale ICT voorzieningen (hoge snelheid-netwerken en adequate applicaties ten behoeve van de medische praktijk) noodzakelijk.

Vraagstelling.

De kernvraag was: kunnen we misschien door het gebruik van ICT tijd en ruimte besparen en meer patiënten uit de specifieke interessegebieden aantrekken, zonder in de valkuil te stappen van te weinig doorsnee onderwijsmateriaal.

De bekende nadelen van papieren dossiers zijn dagelijks aan de orde: gegevens die niet gevonden kunnen worden, het niet beschikbaar zijn op de juiste plaats en vooral het feit dat voor onderzoek alle dossiers weer gelicht moeten worden. Dit brengt ongemak en frustratie.

Het is nog steeds zo, dat veel gegevens over een patiënt met de hand worden bijgehouden in een (papieren) dossier, hetgeen betekent, dat de data verdwenen zijn, zodra het dossier is opgeborgen. De volgende zorgverlener moet alles weer van voren af aan opschrijven. Een specialist kan niet efficiënt gebruik maken van de gegevens die door de huisarts zijn verzameld, omdat er nog steeds vrijwel geen elektronische communicatie bestaat tussen eerste en tweede lijn.

Toen in 2002 de dienst automatisering en informatie (DAI) werd opgeheven en als resultaat van een kantel- en reorganisatieproces een afdeling Informatica en Procesondersteuning (IPO) werd geschapen, ontstond een situatie waar

de kliniek de “klant” werd en de IPO stond te popelen deze klant te bedienen. Dat was een hele omwenteling in een kliniek, waar kort tevoren de automatiseerders nog hadden besloten wat goed was voor de dokters.

Aanpak en Organisatie

Madonna Startprogramma.

Verloskunde & gynaecologie (V&G) is een onderdeel van cluster III van het VU medisch centrum. Cluster III bestaat uit de afdelingen Kinderchirurgie, Kindergeneeskunde, Klinische genetica en antropogenetica, Medisch maatschappelijk werk, Medische psychologie en Verloskunde, Gynaecologie & Voortplantingsgeneeskunde.

Vanuit deze cluster werd een budget beschikbaar gesteld, om een startprogramma uit te voeren.

De opdracht van het startprogramma luidde:

1. Onderzoek de mogelijkheden tot het gebruik van ICT (met name webapplicaties) voor het verbeteren van de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening aan vrouwen -en kinderen- met een prioriteit voor patiënten met klachten die vallen binnen onze speerpunten). Richt je op informatievoorziening maar ook op consultatie. Bied deze faciliteiten ook aan aan de zorgverleners van deze vrouwen die in de keten de zorg ondersteunen, zoals huisartsen, specialisten en dergelijke.
2. Onderzoek kansrijke gebieden binnen de gynaecologie die voor ondersteuning met ICT op korte termijn kunnen worden gerealiseerd en werk vervolgens aan de mogelijkheden naar uitbreiding van telecommunicatie met de netwerkziekenhuizen. Ontwikkel een applicatie met de mogelijkheid van teleconferencing en uitwisseling van klinische beelden en signalen. Zorg voor de mogelijkheid tot koppeling van gegevensbestanden en gezamenlijk gebruik van ICT-systemen in het VUmc en de netwerkziekenhuizen, te beginnen met het SLAZ.
3. Geef de aanzet voor de ontwikkeling van een EPD-gynaecologie met beslissingsondersteuning en registratiemogelijkheden te beginnen met het ontwerpen van functionele specificaties en herontwerp van het zorgproces. Ga uit van de dataset van de beroepsvereniging (NVOG) en conformeer aan de door NICTIZ gepropageerde structuren en standaarden.
4. Ontwikkel indicatoren voor het meten van de kwaliteit. Monitor de voortgang, te beginnen met een nulmeting.
5. Maak het primaire medische proces voor de patiënt maximaal transparant en efficiënt.

Het Madonna-programma beoogt, met grote openheid naar de gezondheidszorg als geheel, een systeemwijziging door te voeren voor de gehele keten, te beginnen bij de patiënt, de eerste lijn (huisartsen en verloskundigen) en vervolgens de afdelingen gynaecologie van de samenwerkende ziekenhuizen (VUmc en SLAZ).

De kern van het project is het omvormen van de keten van zorgverlening tot een samenhangend geheel, dat al begint lang voordat de patiënt zich bij de balie van het ziekenhuis meldt.

Zodra de consument klachten of verschijnselen ervaart moet er éénheid komen in de beschikbare informatie of die nu van de huisarts, bedrijfsarts of van elders (bijvoorbeeld een website) komt. Hierbij moeten gegevens meteen zodanig vastgelegd kunnen worden, dat ze gedurende het gehele traject, dat de patiënt door de gezondheidszorg aflegt, beschikbaar blijven.

Bij een (vervolg)behandeling door eventueel andere zorgverleners op een andere plaats moet de zorg “naadloos” voortgezet kunnen worden.

De benodigde elektronische voorzieningen en de vereiste organisatie vormen samen een patiëntenlogistiek systeem. De verwachting is, dat toepassing van een op dergelijke wijze vernieuwde patiëntenlogistiek grote kwalitatieve en financiële voordelen ten opzichte van de zorg ‘as usual’ oplevert.

Er wordt een actieve rol van de patiënt verondersteld: Na raadpleging van huisarts en/of informatie op de website kan zij snel vinden waar zij het beste terecht kan en daar een afspraak maken.

Speciaal voor werknemers en werkgevers kunnen korte ketens worden ontworpen, die inspelen op de vraag naar snelle, gerichte diagnostiek en behandeling van symptomen die in bepaalde sectoren van het bedrijfsleven frequent vóórkomen. Ook zal aandacht worden besteed aan preventieve maatregelen om arbeidsgerelateerde klachten te voorkómen.

De uitvoerbaarheid van het programma berust op samenwerking tussen alle belanghebbende partijen in de gezondheidszorg zowel binnen het VUmc (en SLAZ) maar ook daar buiten (huisartsen). Hiertoe is een consortium bijeengebracht.

Het draagvlak

Binnen het VUmc is door het Madonna Start Team een breed intern draagvlak gecreëerd voor samenwerking tussen de gynaecologen, het management en de afdeling IPO (informatica en procesondersteuning).

Tevens is een extern draagvlak noodzakelijk, niet alleen door de steun te verkrijgen van de overeenkomstige gremia binnen het SLAZ, maar ook van “extramurale” partijen zoals huisartsen, verzekeraar(s) en een arbodienst en last but not least vertegenwoordigers van patiënten/consumenten.

Het programma omvat onder meer de volgende ICT-toepassingen: naast een elektronisch medisch dossier wordt een platform voor communicatie tussen zorgverleners (huisartsen, specialisten van twee ziekenhuizen en patiënten) gebouwd in de vorm van een web-portal. Verder wordt gebruik gemaakt van geïntegreerde logistieke planning voor het splitsen en toewijzen van patiëntenstromen naar zgn. ‘themapoliklinieken’ en het optimaliseren van behandelingen (kortere doorlooptijden,

minder vaak terugkomen). Er wordt gewerkt volgens de principes van evidence based medicine en derhalve wordt gestreefd naar een geheel van klinisch kennismangement.

Tenslotte beoogt het programma behandelresultaten geanonimiseerd beschikbaar te houden voor wetenschappelijk onderzoek, niet allen vanuit het perspectief van de gynaecologen maar ook dat van huisartsen, bedrijfsartsen en sociaal geneeskundigen.

Te verwachten resultaten:

Door een pro-actief beleid (voorlichting via Internet, maar ook interactieve triagesystemen via een eigen portal) zal een verschuiving plaats vinden van specialistische zorg naar minder hoog opgeleide krachten zoals nurse-practitioners en niet-specialisten ziekenhuisartsen. Dit zal tot gevolg hebben dat meer tijd van de specialist beschikbaar komt, met een gunstig effect voor de manpowerplanning. Belemmering hierin is, dat in het vigerende budgetstelsel een nieuwe poli-patiënt pas als zodanig wordt erkend na een face to face contact met de arts. Dit betekent dat ook over de budgetsystematiek afspraken moeten worden gemaakt.

Huisartsen kunnen niet alleen de in het betreffende zorgpad afgesproken onderzoeken verrichten voordat de patiënt naar het ziekenhuis gaat, hij kan tevens op de hoogte blijven van de vorderingen (gezamenlijk elektronisch dossier). Door tele-monitoring kan de zorg naar thuis verplaatst worden met gelijkblijvende kwaliteit (bv zwangeren met hypertensie).

Een elektronisch systeem dat aansluit op dat van de verloskundige maakt niet alleen naadloze overdracht van zwangere naar de specialist mogelijk¹, maar ook terug naar de kraamzorg. Dit leidt uiteindelijk tot een transparantie van de totale verloskundige zorg, inclusief de kraamzorg.

Het inbrengen van kwaliteitssystemen binnen een EMD zal leiden tot een kwalitatief betere zorg, waarvan bovendien de kosten transparant zijn. Dit maakt benchmarking met andere zorgaanbieders mogelijk (Gynaecologisch Onderling Kwaliteits Systeem, GOKS)

Door het one stop clinic systeem en themagebonden poliklinieken, transmuraal werkend (met huisartsen maar ook met andere Amsterdamse ziekenhuizen) komt een systeem van communicerende vaten tot stand met meer kansen tot behoefteplanning (diagnostiek, OK).

Elektronische communicatie via GigaMan doet muren wegvallen. Teleconferencing (patiëntenbesprekingen en consultatie) besparen reistijd.

Dat elektronisch voorschrijven medicatie-failures voorkomt is inmiddels algemeen geaccepteerd. Berekeningen omtrent de besparingen hierdoor zijn zeer overtuigend.

De grote hoeveelheid aanwezige kennis is zo georganiseerd, dat hierdoor het medisch onderwijs een stimulans zal krijgen. Dit zal noodzakelijk zijn om het

toenemend aantal medisch studenten aan te kunnen. Ook specialisten in opleiding profiteren hiervan direct.

Door kosten van preventief onderzoek bij het bedrijfsleven te leggen heeft deze partij het voordeel van minder arbeidsverzuim, terwijl de patiënt (gezondheid) en verzekeraar (kostenbesparing) hier letterlijk wel bij varen.

Project en projectfinanciering

Het MADONNA project bestaat op dit moment uit 8 gedefinieerde projecten, op het gebied van procesverbetering, organisatie-aanpassingen en ICT. In de periode tot 1 januari 2004 worden ze uitgewerkt door teams van VUmc-medici, organisatiekundigen en IT-ers. Nog in 2003 worden twee zgn. "Quick Wins" ingevoerd, waarna het programma voor in totaal drie jaar loopt. Daarin kunnen de resultaten uitgebreid worden naar alle geledingen van Cluster III, terwijl via IPO alle andere Clusters voordelen zullen ondervinden. Voor software, opleiding en evt. apparatuur worden de gebruikelijke budgetten aangesproken, voor een grootschalig organisatieontwikkelprogramma voor ICT-integratie in het bedrijfsproces zijn gedurende een aantal jaren extra middelen nodig.

Conclusie

Hoewel we ons beperken tot het vakgebied der gynaecologie zijn de invoeringsproblemen bij een dergelijke systeemverandering enorm.

Voor het realiseren van de efficiency en -gezondheidswinst van betere patiëntenlogistiek moeten creatieve oplossingen gevonden worden in de sfeer van verzekering, financiering, opleiding en besturing. Eventuele obstakels in regelgeving moeten weggenomen worden, terwijl op het gebied van waarborging van privacy en gegevensbeveiliging juist nieuwe regels vorm gegeven zullen moeten worden.

Alles bijeen een zo grote verander-opgave, dat de doelstellingen van het programma voor de komende twee kwartalen beperkt dienen te blijven tot het detailleren van de gewenste veranderingen, het doorrekenen van de effecten en de toetsing aan algemene beginselen van goede zorg. Dit verschaft de partners zicht op hun rol en hun ook financiële betrokkenheid. Tevens vinden zij hierin een basis voor de verantwoordelijkheid die ze willen nemen voor implementatie.

De naam Madonna is door de gynaecologen van het VUmc gekozen als metafoor voor de diepere relatie tussen moeder en kind enerzijds en als symbool voor de zelfbewuste vrouw van vandaag die haar eigen weg gaat anderzijds.

Geplaatst tegenover de voor velen langdurige en extra inspanningen vormen beiden een oproep tot handelen, het nemen van verantwoordelijkheid en het verleggen van grenzen.

¹ NICTIZ-project "Modelleren met HL7 versie 3 in de Perinatologie", mei 2003