

Invulformulier antwoorden (graag opslaan onder naam, incl setnummer in je eigen mapje)

Hieronder de 19 vragen. Probeer de antwoorden zoveel mogelijk in meest passende vak te plaatsen, ook als het gesprek heen en weer springt en vermeld daarbij ook evt. additionele vragen die je hebt gesteld.

Naam Organisatie	Hoogzorg (huisartsenorganisatie Oost Gelderland)
Naam geïnterviewde	(10)(2e)

Organisatie: 3 coöperaties, 3 regio's in oost Gelderland. 450.000 patiënten, 200 huisartsen. Naast gewone huisartsenzorg wordt ook spoedzorg geleverd, en weekend, avond en nachtdiensten.

Vragen	
1.	Hoe werkte uw organisatie vóór de Corona crisis, met beeldschermzorg? (doelgroep, omschrijving regio, type zorg/handelingen) In de regio werd er nog nauwelijks gewerkt met beeldbellen. 3 jaar geleden wel een eerste proef gedaan bij een huisarts, maar daar waren vooral praktische bezwaren tegen en medewerkers waren ertegen. Praktische bezwaren: hoe beeldschermzorg organiseren? Medewerkers: wilden zelf niet in beeld. Met name de mensen die triage doen. Zij moeten nogal eens nieuws brengen waar patiënten het niet mee eens zijn. Zij vinden het vervelend om dan in beeld te zijn.
2.	Hoe wordt er op dit moment met beeldschermzorg gewerkt, en, verschilt dit wezenlijk met de situatie vóór de Corona Crisis? Er worden toch nog veel mensen gezien op spreekuur. Door de 1,5 meter samenleving zorgt het vooral voor een logistieke verschuiving, met name in tijden. Huisarts heeft 10 minuten per patiënt. Dit zijn er nu 15 geworden, zodat patiënten elkaar zo min mogelijk tegenkomen in de wachtkamer. Het beeldbellen wordt vooral gedaan door de POH GGZ en POH S (somatic: copd, diabetes). Waarbij POH GGZ er echt het meeste van gebruik maakt. Dit waren ook de eerste groepen waarbij werd afgeschaald in de praktijk, maar waarbij de zorg wel moest doorgaan. En omdat er in begin van Coronatijd ook niet duidelijk was hoe lang het ging duren, hebben deze medewerkers het als eerste opgepakt. Zij hadden hier ook de tijd voor. De huisartsen en assistenten hadden in eerste instantie de focus op corona zelf, de zorg goed regelen. Dus de huisartsen en assistenten maken er ook maar heel weinig gebruik van. Wel is er iedere dag aan begin van de ochtend en einde van dag een soort dagopening en sluiting. Belangrijkste punten werden dan besproken, ook het beeldbellen en wat hierbij komt kijken. Gebruiken app: Facetalk.
3.	Welke inzet/veranderingen waren hiervoor nodig (bv aanpassing werkprocessen, scholing, ICT-verbetering etc.)? Beeldbellen heeft vooral heel veel tijd gekost om het in te voeren. Hoe gaan we het regelen? Wat mag er juridisch? Hoe gaan we medewerkers opleiden? Hoe gaan we patiënten instructies geven? De hele consultvoering moest anders en dit kost veel tijd. Ook patiëntenportaal ging hierin mee. Die moest ook gelijk worden aangepast. Dit kostte veel tijd en energie. Er kwam veel tegelijk op de praktijken af. Voor alle praktijken werd beeldbellen beschikbaar, al 8 dagen na start van coronacrisis. Als regio is het makkelijk om abonnementen af te sluiten. Er werd 1 software met alle uitleg aangeboden (hoe werkt het? Wat zijn de (juridische) consequenties? Hoe communiceren?). Elke praktijk heeft ongeveer 3 accounts om te beeldbellen. Dit wordt dus voornamelijk gebruikt door POH GGZ en POH S. Maar sommige praktijken maken toch gebruik van andere software. Dit kwam omdat veel software gratis werd aangeboden voor de eerste maanden. Dus huisartsen konden kiezen. Het leidt echter wel tot versnippering. Systemen zijn zo niet op elkaar aangesloten. Het is erg ingewikkeld. Iedereen wilde tegelijkertijd alles aanschaffen (laptops, webcams, headsets). En headset voor telefonie past weer niet op de laptop, dus hier moesten weer andere voor aangeschaft worden.
4.	Heeft deze verandering invloed op de kwaliteit en doelmatigheid (waaronder JZOJP) van de geleverde zorg? Zo ja, kunt u deze omschrijven? Hier is eigenlijk nu nog geen antwoord op te geven. Als een patient weet hoe het werkt, dan is het beter als bellen. Maar het is niet beter als een daadwerkelijk bezoek aan de huisarts. In spoedsituaties zou het ook goed kunnen helpen en van nut zijn, maar dan moet het wel direct aanwezig zijn en werken.

	Doorvragen: Ziet u zich soms ook genooddaakt om beeldschermzorg te leveren in situaties waarin uw organisatie dat vanuit kwaliteit/doelmatigheidsoogpunt dat liever niet zou doen? (+ omschrijven).	Daarnaast werkt het goed in driegesprek, MDO. Je hebt alleen wel te maken met het feit dat wijkverpleegkundige ook weer met een ander systeem werkt. Met beeldbellen mis je ook het 'drempelfenomeen': dat je al met je hand op de deurbel staat, maar dat patiënt dan toch nog even iets meldt/iets vraagt. Deze informatie is vaak erg belangrijk.
5.	Wat is het effect van het gebruik van beeldschermzorg op het gehanteerde verdienmodel, nu en vóór de Corona crisis?	Het is een forse investering, en nu niet rendabel. Je moet een patiëntenportaal aanschaffen en daarnaast het videobellen. Voor beide is geen verdienmodel. Maar het gaat veel breder: er zijn vooral ook nog vragen rondom het juridisch kader: wat mag er wel, wat mag er niet? Ze worstelen ook met de vraag: wat laten we over aan de markt? En waar pakken we zelf de regie? Je bent afhankelijk van leveranciers. Daarnaast werd software voor beeldbellen ook door veel leveranciers gratis aangeboden voor een aantal maanden. Dit zorg voor heel veel versnippering. Want als een praktijk eenmaal voor iets gekozen heeft, dan stap je daarna vaak niet meer over.
6.	Wat heeft u als organisatie geleerd de afgelopen maanden, op het gebied van de inzet van beeldschermzorg?	Het kost veel tijd. En het juridisch kader is niet duidelijk. Wat mag er wel, wat mag er niet?
7.	Wat is er in het algemeen nodig om beeldschermzorg in te bedden in de bestaande zorg infrastructuur?	Voor veel patiënten is het beeldbellen toch wel ingewikkeld, ook al kan het met 1 druk op link. Veel patiënten beschikken niet over juiste apparatuur. Het zijn vaak ouderen om mensen met lage ses die naar huisarts komen. En juist deze doelgroep heeft niet de juiste middelen en vind het ingewikkeld. Dus hier zal je fors in moeten investeren. Integraal systeem. Het is nu veel te ingewikkeld. Het moet praktischer, veel meer geïntegreerd. Het systeem van videobellen is nu niet aangesloten op het HIS (huisartsinformatiesysteem). En dit is echt een gemis en maakt het erg omslachtig. De systemen zijn tot nu toe onvoldoende ontwikkeld en ingericht op de rol van patiënten en medewerkers. Het ene systeem is goed in het ene, de andere in het andere. Het sluit totaal niet op elkaar aan, het is veel te versnipperd. Een landelijk systeem is ook niet het antwoord, maar wel een soort tussenlaag waar alles samenkomt. Zodat alle systemen wel op elkaar aansluiten, maar er wel verschillende systemen blijven bestaan. Je wilt eigenlijk ook aansluiten bij systeem van ziekenhuis, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige etc. De Medmij-standaarden zouden hier goed gebruikt voor kunnen worden! Ook is er meer tijd nodig om alles goed in te voeren en uit te zoeken (juridisch) Je zou toe moeten naar een systeem waarin alles aangesloten kan worden op het HIS. Er kan misschien ook wel aangesloten worden op de MedMij standaarden.
8.	Wat vindt u van de beeldvorming rondom digitale eHealth	Vooral assistenten en de mensen die triage doen zijn er geen voorstander van om in beeld te zijn. Ze vinden het erg om keuzes te maken waar patiënten het niet mee eens zijn.

	toepassingen, en, indien negatief, welke factoren staan een positieve beeldvorming in de weg?	
9.	Als uw organisatie beeldschermzorg ook na de crisis zou willen blijven inzetten, zijn er dan structurele veranderingen nodig in uw organisatie? (+ omschrijf)	Ja, zie ook punt 7: veel meer integraliteit. Systemen sluiten nu totaal niet op elkaar aan. Het is veel te versnipperd.
10.	Welke aanbevelingen zou willen meegeven voor de inkoop rond de inzet van beeldschermzorg?	Rol voor verzekeraar: meehelpen met opstellen business case.
11.	Welke quick wins kunnen terugval op de oude werkwijze voorkomen?	Beeldschermzorg inzetten op dingen waar het nuttig voor is: Multi disciplinaire overleggen (MDO's) waar bijv. ook naasten en wijkverpleegkundigen bij zijn. Hiervoor is beeldschermbellen heel handig.
12.	Hoe ervaren de professionals de inzet van beeldschermzorg (werkplezier, competenties van medewerkers, kwaliteit van arbeid, scholing, ervaren werkdruk, duurzame inzetbaarheid)?	Huisartsen en assistenten zijn primair gericht op mensen en niet op ICT. Als het makkelijk kan met ICT vinden ze het goed, maar verder niet. Op dit moment werkt het allemaal niet eenvoudig. Er moet in heel veel verschillende systemen ingelogd worden. Voor elk ding is er een ander systeem. Allen tweefactor autorisatie. Dit zorgt voor heel veel administratieve lasten bij mensen die het niet kunnen. Ook voor patiënten is het lastig. Iedere zorgverlener werkt met ander systeem en moet op andere manier inloggen. Maakt het er ook niet overzichtelijker op.
13.	In hoeverre kan de professional zelf besluiten gebruik te maken van beeldschermzorg?	Ja, het wordt niet verplicht, dat is ook niet zinnig. Het is nu alle hens aan dek, dan ga je het niet verplichten voor diegene die het niet willen.
14.	Wat is volgens wijkverpleegkundigen/ verzorgende nodig om beeldschermzorg ook na corona te blijven gebruiken?	Zie punt 9.
15.	Hoe kan het draagvlak bij professionals eventueel worden vergroot?	Administratieve lasten verlagen, alles zo eenvoudig mogelijk maken, niet op 10 verschillende manieren moeten inloggen in verschillende systemen.
16.	Wat vinden de cliënten en mantelzorgers van de inzet van beeldschermzorg (plezier bij uitvoering zorg, competenties van medewerkers, kwaliteit van zorg, ervaren tijdsdruk,	Dit wisselt per patiënt. Als er familie/naasten zijn die enthousiast zijn dan werkt het goed. Maar als het een alleenstaande patiënt is van in de 80 met veel klachten, dan snap je dat diegene er niet positief tegenover staat.

	inzetbaarheid)?	
17.	In hoeverre kan de cliënt of mantelzorger zelf besluiten gebruik te maken van beeldschermzorg?	Dit verschilt per regio. Altijd is het een keuze. Maar in sommige praktijken wordt er wel op gestuurd omdat ze patiënten niet in de praktijk kunnen ontvangen. Dus het wordt wel sterk gepromoot.
18.	Wat is volgens cliënten en mantelzorgers nodig om beeldschermzorg ook na corona te blijven gebruiken?	Niet te beantwoorden
19.	Hoe kan het draagvlak bij cliënten eventueel worden vergroot?	Het moet zo makkelijk mogelijk worden. Huisarts moet website er ook op aanpassen, dat overal makkelijk op geklikt kan worden en dat ook duidelijk is dat huisarts gebruik maakt van beeldbellen. Ook link naar thuisarts en GGD app. Alles digitaal op 1 website.
20.	Wvttk	Wat echt nodig is om beeldbellen goed in dagelijkse praktijk in te voeren: 1. Integratie nodig tussen systemen. 2. Juridische duidelijkheid. 3. Zorgen dat het voor iedereen zo makkelijk mogelijk is. Dat het ook logisch is voor zowel professional als patient. Mooiste zou zijn als er 1 systeem/portaal is voor de patient waar hij voor alles in kan. In ieder geval per regio. Beeldbellen zal voornamelijk gebruikt worden voor MDO's en door POH GGZ en POH S.