

Project A4

Naam project / werkpakket : **Huisartsen (60+ en 60- met medische indicatie)**

Datum: **24 november 2020**

Projectleider: 5.1.2e

Projectleden: 5.1.2e (IT), 5.1.2e comm), 5.1.2e en
5.1.2e (adviserend en achtervanger)

Afdeling: **Centrum voor Bevolkingsonderzoek**

1. Scope project

Wat valt er binnen jouw project, waar ben je van en waar ben je niet van?

Wel:

Vorbereiding en implementatie van de uitvoering COVID-19 vaccinatie voor ouderen (60+) en medische risicogroepen (60-) via de huisartsenpraktijk. Daaronder vallen grofweg de volgende activiteiten:

- Sturen op de juiste randvoorwaarden, zoals de financiering en voor prioritering van doelgroepen binnen de doelgroep.
- Aansturing van de uitvoeringsorganisatie SNPG, die samen met DVP verantwoordelijk is voor de inrichting van de bestelling en logistiek van vaccins voor huisartsen.
- Regie op afstemming tussen betrokken beroepsgroepen uit dit projectonderdeel: NHG, SNPG, LHV, NVDA.
- Afstemming en financiering (via VWS) met IT-leveranciers voor de:
 - o Bestelapplicatie en declaratiesysteem SNPG voor huisartsen. Hierbij is goed overleg met DVP noodzakelijk om de aansluiting aan SAP soepel te laten verlopen;
 - o Huisartsen Informatie Systemen (HIS'en) voor selecteren, beoordelen, uitnodigen en registreren in de HIS.
- Bijdragen leveren aan centrale ontwikkeling van producten in het kader van deskundigheidsbevordering, vaccinatiebewijs en communicatie met doelgroep en professionals in het algemeen. Waar nodig vertaling hiervan naar doelgroep (ouderen en medische risicogroepen) en professionals (huisartsen) in het bijzonder. Implementeren van deskundigheidsbevordering bij huisartsen en implementeren communicatieproducten en binnen doelgroep van ouderen en mensen met medische indicatie.

Niet:

- Koppelingen IT-systemen huisartsen met CIMS;
- Coördinatie werkzaamheden rondom landelijke registratie in CIMS;
- Coördinatie overige aanpassingen in IT-systemen o.a. die van arboartsen;
- Coördinatie uitvoering vaccinatie bewoners en zorgverleners in zorginstellingen (incl. verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking)
- Coördinatie uitvoering vaccinatie via de GGD;
- Coördinatie uitvoering vaccinatie via de arbodiensten en werkgevers (note: ook het bestellen en leveren van vaccinaties kunnen niet worden gedaan via de webapplicaties van de SNPG)
- Coördinatie uitvoering vaccinatie BES/CAS eilanden;
- Coördinatie van beveiliging huisartsenpraktijken.

Nog ter bespreking:

- Wat doen we met kwaliteitsborging en monitor en evaluatie? Loopt dit centraal? Zo ja, via wie?

2. Projectresultaten

Wat zijn de concrete resultaten van het project in SMART termen? Wat lever je straks op?

Huisartsen

Zodra er een geschikt vaccin voor ouderen en medische risicogroepen (extramuraal) beschikbaar is dat logistiek toepasbaar is via de huisartsenpraktijk, zijn huisartsen in staat om:

- via de webapplicatie van de SNPG vaccins te bestellen en toedieningskosten te declareren;
- via een HIS te selecteren op doelgroep (nog nader te specificeren, zie ook knelpunten);
- te prioriteren binnen de selectie uit een HIS (subselectie maken o.b.v. leeftijd van hoge naar lage leeftijdsklasse);
- de geselecteerde doelgroep uit te nodigen en te informeren;
- genodigde ouderen en medische risicogroepen te vaccineren via de huisartsenpraktijk;
- de vaccinatiestatus en toegediende vaccin te registreren in een HIS.

Indien er een vaccin beschikbaar komt dat niet kan worden toegediend in de huisartsenpraktijk, zijn huisartsen in staat om:

- via een HIS te selecteren op (nog nader te specificeren, zie ook knelpunten);
- te prioriteren binnen de selectie uit een HIS (subselectie maken);
- de geselecteerde doelgroep uit te nodigen dan wel veilig beschikbaar te stellen aan uitvoeringsorganisatie X (LHV en NHG hebben erg veel moeite met dit scenario).
- (Nog ter discussie) al dan niet de vaccinatiestatus en toegediende vaccin te registreren in een HIS.

3. Risico-en succesfactoren

Welke kansen en bedreigingen/ knelpunten kan je nu reeds voorzien? Welke besluiten heb je op korte termijn nodig?

Benodigde besluiten HIS-leveranciers

Op dit moment werken de HIS-leveranciers aan de benodigde aanpassingen voor selecteren, beoordelen, uitnodigen voor de COVID vaccinatie door huisartsen. Echter, de snelle beoogde tijdslijnen en het ontbreken aan informatie zorgt voor hoge druk. Er moet snel duidelijkheid komen op een aantal zaken zodat de HIS leveranciers duidelijk aan de slag komen. De belangrijkste punten op dit moment zijn:

1. Planning: Wanneer moet de huisarts in staat zijn te vaccineren?

Op dit moment richten we er ons op dat huisartsen 11 januari in staat moeten zijn om te vaccineren. Hiervoor moet 1 a 2 weken voorafgaand een uitnodiging verstuurd zijn. Het versturen van de uitnodiging gebeurt vaak via een externe partij welke daar ook 2 weken voor rekent. Dit betekent dat de HIS leveranciers medio december (we gaan nu uit van 15 december) gereed moeten zijn met de wijzigingen. Dit is een zeer krap tijdsplan (2,5 week). Zeker omdat er over een aantal issues nog besluitvorming moet plaatsvinden en de ICT specificaties daardoor nog niet gereed zijn.

Nu in de kamerbrief staat dat de verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking als eerst moeten worden gevaccineerd, heeft de huisartsenroute niet meer de hoogste prioriteit en is 11 januari misschien niet meer reëel. Enkele weken/maand later zou zeer veel (onnodige) druk wegnemen bij de HIS-leveranciers en de NHG (die een grote rol speelt in de specificaties). Welke nieuwe deadline kunnen we voeren?

2. Doelgroep: hoe vindt subselectie binnen de doelgroep van de HA plaats?

Afgelopen vrijdag (20-11-2020) is via de mail door VWS akkoord gegeven over de wijze van subselectie voor de doelgroep welke door de huisarts gevaccineerd te worden 5.1.2h In het kort: selecteer de doelgroep zoals bij griep en sorteer op leeftijd en begin bij de

oudste. In de kamerbrief van afgelopen vrijdag staat nog dat eerst de mensen van 60+ met een medisch risicogroep, dan de mensen van 60+ zonder medisch risicogroep aanduiding en dan 60- met medische indicatie. Dit is net anders. Voor de HIS leveranciers is het noodzakelijk dat we z.s.m. weten welke lijn te voeren. Ons advies zou zijn: sorteer op leeftijd, om het werk voor de HIS en huisarts te minimaliseren.

De medische risicogroepen zijn nog niet 100% bepaald. Dit is nog een argument waarom het voorrang geven op 60+ met medische risicogroepen niet haalbaar is (dat is niet tijdig genoeg in te bouwen in de HIS'en). Nog een argument dus voor ons voorstel om huisartsen binnen de doelgroep 60+ alleen te laten selecteren op leeftijd, zoals bij punt 2 beschreven. Dan maakt het voor de doelgroep 60+ niet uit als de medische risicogroep nog nader wordt aangepast. Alle 60+ krijgen dan immers op volgorde van leeftijd het vaccin.

3. Doelgroep: contra-indicaties nog niet definitief

Voor de selectie in HIS is het noodzakelijk te weten wat de contra-indicaties zijn voor COVID-vaccinatie.

4. Financiering HIS-leveranciers

Vanwege de benodigde snelheid heeft CvB VWS gevraagd om een opdrachtbrief. VWS stelt een tegemoetkoming budget ter beschikking: 5.1.2b CvB doet voorstel voor kosten per HIS-leverancier 5.1.2h

5.1.2h

VWS moet z.s.m. een opdrachtbrief aanleveren.

CvB doet afstemming HIS'en m.b.t. kunnen selecteren, beoordelen, uitnodigen en registreren in het bronsysteem. Dit valt ook binnen de scope van de financiering.

Koppelen met CIMS en andere IT-systemen valt onder werkpakket van 5.1.2e

5.1.2e

VZVZ. Belangrijk dat gekeken wordt naar financiering VWS-HIS, moet wel in verhouding staan tot eventuele financiële vergoeding aan andere IT-leveranciers.

Meerdere keren signaleerd, ook aan VWS.

Knelpunt HIS-leveranciers:

NHG is bang dat de eisen die worden gesteld aan de communicatie/CIMS ervoor zorgen dat de registratiedruk bij de HA omhoog gaat zonder dat het een doel dient. Hij vindt dat de doelen die CIMS hebben ook al op een andere manier getackeld worden en ziet vooral weinig in communicatie binnen 24h.

5.1.2a heeft het teruggekoppeld met 5.1.2e Ze willen samen in gesprek gaan met

LHV/NHG. 5.1.2e volgens mij is het niet heel zwaar moeten de HA mee worden genomen in het nut en noodzaak van CIMS. Maar wel zaak dat dit uit de lucht gaat.

Logistieke knelpunten:

(vragen uitgezet bij 5.1.2e)

- In de werkgroep van de huisartsen dinsdag (24-11-2020) werd door de NHG de suggestie gedaan om binnen de selectie (60+) te starten met vaccinatie van kwetsbare ouderen die niet in staat zijn om naar de praktijk/vaccinatie locatie toe te komen? Zij noemen de huisartsen die dit doen de 'thuisprikkers'. In hoeverre zijn de eerste vaccins überhaupt geschikt voor deze doelgroep? Zeker met wat ik vandaag van 5.1.2e begreep, dat herdistributie niet is toegestaan vanwege wetgeving. Dus moet het vaccin worden toegediend op locatie waar het geleverd is?
- Dezelfde vraag geldt voor het geval dat huisartsen een vaccinatie locatie buiten de huisartsenpraktijk huren om daar te vaccineren. NHG en LHV kwamen ook met de suggestie om de regionale huisartsenposten als verdeelpunt te laten fungeren, zodat beter omgegaan kan worden met de verpakkingsbeperkingen (975 stuks).
- Opslagcapaciteit huisartsen: Moeten de huisartsen nog zorgen voor extra koelcapaciteit? Oftewel, moeten we huisartsen instrueren om speciale koelingen aan te schaffen? Zo ja, waar moeten die aan voldoen?

Wanneer thuisprikken mag, of vervoer toch mogelijk is naar vaccinatielocaties buiten de huisartsenpraktijk of van huisartsenpost naar huisartsenpraktijk, dan moet er gebruik worden gemaakt van koelboxen. Waar moeten deze aan voldoen? Hierbij komt kijken dat gezorgd moet worden voor temperatuurloggers. Kunnen jullie mij wat meer informatie hiervoor aanleveren, zodat ik dit in de scenarioschets voor het huisartsentraject kan meenemen?

Overige knelpunten/bedreigingen:

- **Haalbaarheid – noodzaak alternatief op kritische onderdelen en prioritering**
- **Kleine hoeveelheden vaccins die beschikbaar komen en het steeds moeten prioriteren**
LHV vraagt of is nagedacht over regionale prioritering? Eerst hoogrisicogebieden. LHV/NHG zien het niet zitten om meerdere vaccinatiesprekuren te organiseren. Dus of de hele doelgroep in één keer per praktijk of wachten op voldoende vaccins.
- **Flinke belasting op de huisartsenpraktijk en behoefte aan alternatieven, draagvlak issues**
Meer info volgt.
- **Grote belasting van LHV, NHG, SNPG door verschillende organisatieonderdelen binnen rivm**
Meer info volgt.
- **Coronaproof ruimten ter beschikking stellen**
Meer info volgt.
- **Mantelzorgers**
Het selecteren/uitnodigen van mantelzorgers van kwetsbare ouderen of medische risicogroepen lijkt praktisch niet uitvoerbaar bij huisartsen. Er is een risico dat dit tot weerstand bij huisartsen leidt. Gesignaleerd bij VWS d.d. 17-11-2020. Wie maakt de selectie als huisartsen dit niet (kunnen) doen?
- **Logistiek en opslag bewaarcondities bij de huisarts - vaccin eventueel niet geschikt voor HA-praktijk?**
 - Er bestaat een reële kans dat het vaccin niet geschikt is voor toediening op de huisartsenpraktijk. Wanneer is het vaccin niet of wel geschikt voor huisartsenpraktijk is nog niet precies duidelijk. Hangt vooral samen met de bewaarcondities: -80C vaccin dat korte tijd houdbaar is buiten de vriezer vormt hierin een belangrijke complicerende factor. De LHV en NHG denken na over hoe ze dat eventueel toch kunnen realiseren en bij hoeveel dagen gekoeld bewaard de grens getrokken wordt (m.b.t. toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk).
 - o De huisartsen zien als mogelijke oplossing voor het vriezerprobleem om hiervoor huisartsenposten in te zetten als een regionaal verzamelpunt/verdeelpunt voor vaccins. Bij de huisartsenposten zou je mogelijk wel voor vriesopslag kunnen zorgen en veiligheid kunnen borgen. Vervolgens kan van daaruit de benodigde vaccins geleverd/opgehaald worden voor de huisartsenpraktijken (die geen mogelijkheid hebben voor vriesopslag).
 - o DVP stelt voor om alleen ontdoode vaccins distribueren omschreven. Dan zou bovengenoemd scenario hiervoor dus geen oplossing zijn.
 - LHV geeft wel aan dat als zicht is op een tweede vaccin dat wel goed toepasbaar is in de huisartsensetting: de voorkeur uitgaat naar wachten op dat vaccin in de huisartspraktijk en een andere doelgroep met -80 vaccin te vaccineren. Dit hebben **5.1.2e** en ik ook zo met VWS besproken en die reageerden instemmend. Echt een formeel akkoord hierop heb ik niet, want hangt samen met wat die periode dan is. Als er meer zicht is op andere vaccins moet hier snel over worden besloten.

- Indien toediening vaccin in eerste instantie niet via de huisartsenpraktijk verloopt, dan ligt onze focus op het kunnen maken van een goede selectie voor medische risicogroepen. GGD heeft aangegeven bereid te zijn om met de huisartsen samen te werken (bijv.: uitnodigen door HA en vaccinatie door GGD). NHG en LHV zien dit scenario niet zitten!

Behoeftte aan een beslisboom (met besluiten van VWS): bij vaccin X, nodigt partij X uit, voert partij X uit, op locatie x.

- Gaat de huisarts alleen selecteren van de ouderen en medische risicogroepen en uitvoering uitbesteden? Dat kan AVG-technisch een lastig verhaal worden.

Eventuele oplossingen (getoetst bij juridisch adviseur ^{5.1.2e}):

- o Vastleggen in de wet/regelgeving dat de huisartsen deze informatie moeten verstrekken aan de uitvoerders t.b.v. covid-vaccinatie. Als er nog wet/regelgeving gemaakt / aangepast moet worden zou het daarin meegenomen kunnen worden. Dit is zowel voor de AVG als de Wgbo een oplossing: de grondslag op basis van de AVG is de wettelijke verplichting en het doorbreken van het beroepsgeheim zoals verwoord in de Wgbo is toegestaan als een wettelijke verplichting daartoe verplicht.
- o Als uitgangspunt nemen (en bij voorkeur ergens vastleggen) dat zowel de huisarts als de uitvoerder kwalificeren als 'bij de behandeling betrokken hulpverleners'. Op grond van de Wgbo mag het beroepsgeheim doorbroken worden door gegevens te delen tussen/met bij de behandeling betrokken hulpverleners. De grondslag in de AVG zou dan gezocht moeten worden in bijvoorbeeld een taak van algemeen belang en meer specifiek voor het delen van gezondheidsgegevens het verlenen van de zorg.

Pragmatische oplossing, aangedragen door NHG (MAAR: LHV ziet dit scenario überhaupt niet zitten: Draagvlakrisico!):

De huisarts maakt een selectie, en stuurt uitnodigingen naar de patiënt (waarin vermeld: in samenwerking met uitvoeringsorganisatie X). De uitnodiging bevat een barcode die herleidbaar is tot de huisarts en de patiënt. Er wordt een datum genoemd en uitvoeringsorganisatie X. Communicatie verloopt tussen huisarts en patiënt (registratie van weigeraars). Patiënt neemt de uitnodiging mee naar het prikpunt van uitvoeringsorganisatie X. De uitvoeringsorganisatie vaccineert en neemt de uitnodiging in en sorteert deze per huisarts. Deze uitnodigingen worden naar de huisarts gebracht en de huisartsenpraktijk scant deze in, waarop het geneesmiddel/vaccinatie wordt geregistreerd in het patiëntendossier.

- o De patientlogistieke ondersteuning die nu al door het HIS wordt ondersteund wordt ten volle benut
- o Geregistreerde vaccinaties en patientlogistieke informatie (no-shows, afgemeld, weigeraars) is bekend in het huisartsendossier en is input voor een volgende vaccinatieronde.
- o Er worden geen hoge eisen gesteld aan communicatie tussen uitvoeringsorganisatie/Huisarts
- o Het is meer werk voor de huisarts dan alleen een lijst met patiënten opleveren. Die kunnen deels worden uitbesteed.
- o Er is geen privacy-breach. Er is veronderstelde toestemming als patiënt naar de uitvoeringsorganisatie gaat.

4. Projectfasering en- planning

Waar liggen de belangrijkste deadlines/mijlpalen en wat is de huidige stand van zaken c.q. planning?

- Aanpassing HIS'en zodat selecteren, beoordelen, uitnodigen en registreren van ouderen en medische risicogroepen mogelijk is. **Uiterlijk 15 december**

- Aanpassing bestelapplicatie SNPG: zodat bestellen vaccins en declaratie door huisartsen en instellingsartsen mogelijk is. **Nader te bepalen. Medio december?**

5. Overlegvorm:

Welke vormen van overleg vinden plaats binnen het project, VWS en externen? Welke disciplines zijn aanwezig?

CvB organiseert de volgende overleggen met betrokken partijen:

- Intern projectteam (5.1.2e): twee keer per week dagstart op dinsdag en donderdagochtend
- Werkgroep uitvoering – huisartsen (eerste vergadering gepland op 24-11-2020), wekelijks gepland:
 - NHG
 - LHV
 - SNPG
 - DVP
 - CvB
- Los wordt daarnaast een meeting gepland met: Nederlandse Vereniging Van Doktersassistenten (NVDA) (in week 48/49).
- Wekelijks op maandag overleg met VWS (en 5.1.2e)