

GGG-congres 19 april 2018: brainstorm bij sessie: Therapietrouw door de keten

Groep 1

Wat kunnen wij leren van **succesvolle implementaties** van therapietrouw interventies?

- ⇒ Noem drie interventies die (breed) in de keten geïmplementeerd zijn.
- ⇒ Wat zijn volgens jullie hun succesfactoren?

Voorbeelden van succesvolle implementaties en hun succesfactoren:

- Isala kliniek kinderen en longmedicatie (olv Paul Brand)
 - Focus op gespreksvoering en patiënt gerichte zorg
 - Dedicated goed getrainde kinderartsen
 - Focus op gespreksvoering wordt binnen team breed gedragen
- Almere: mooie setting van samenwerkende gezondheidscentra
- Slotervaart ziekenhuis focus op therapietrouw bij migranten
- Stevenshof: combiconsult

Conclusie:

- Kwartiermaker/champion keyfactor
- Eigenaarschap therapietrouw binnen de organisatie bijvoorbeeld kwaliteitsmedewerkers of nurse practitioners
- Uiteindelijk toewerken naar eigenaarschap therapietrouw (=concordance) van patiënt zelf

Groep 2

Wat kunnen wij leren van organisaties die een **samenwerking** hebben opgezet die succesvol therapietrouw interventies heeft ingebed in de dagelijkse praktijk?

- ⇒ Welke voorbeelden van een succesvolle samenwerking op het gebied van farmacotherapeutische zorg tussen apotheker/ huisarts/ gezondheidscentrum/ verpleeghuis/ thuiszorg/ ziekenhuis etc. ken je?
- ⇒ Waarom vind je ze succesvol?

- Start in de spreekkamer -> beliefs achterhalen, inhaken en evalueren
- Na ontslag is chaos
- Betere communicatieplatforms
- Duidelijke verantwoordelijkheden in de keten -> bijvoorbeeld zorgpaden
- Duidelijke opbrengsten voor iedereen die er bij betrokken is (goede meet-methoden)

Groep 3

Voor een implementatie project of proeftuin gericht op therapietrouw interventies binnen de keten is **focus aanbrengen** van belang.

- ⇒ Is focus op een specifieke groep patiënten wenselijk?
- ⇒ Op welke manier kun je patiënten het beste clusteren? Bijvoorbeeld op een bepaalde populatie; jongeren, ouderen, allochtonen, laaggeletterden, soort geneesmiddel of een aandoening of anders?
- ⇒ Op welke andere wijze zou je de focus willen aanbrengen?

Hoe ordenen?

Bij patiëntengroepen belang kenbaar maken:

- Probleem
- Begrijpen
- Willen geen therapie
- Andere verwachtingen therapietrouw

- Patiëntengroep of probleemgroep en daar serie interventies op richten:

- Oud
- Jong
- Lage SES

Groep 4

Als een interventie om therapietrouw te verbeteren bewezen effectief is; welke **cijfermatige gegevens** zijn minimaal nodig om het succes (=doelmatigheid) bij verdere implementatie te kunnen onderbouwen.

Gegevens gericht op:

- Inspanning
- Uitkomst
- Klinisch resultaat

Randvoorwaarden:

- Makkelijk uitvraagbaar
- Uitwisseling (bv WeCare)-> uitwisseling is niet zoals nu in HIS of ZIS
- Cijfers stakeholders
- T-0 en T-1 metingen
- Zelf rapporteren
- dosis en tijdstip
- klinische parameters

Groep 5

Om een bewezen effectieve interventie in de keten te kunnen implementeren; wat zijn belangrijke **voorwaarden** waaraan **ketenpartners** zouden moeten voldoen.

- Informatie registreren en delen
- Koepels/instellingen/zorgaanbieders
- Ambassadeurs nodig
- Checklist voor "ketengeschiktheid"
- Privacy waarborgen

Groep 6

Om een bewezen effectieve interventie in de keten te kunnen implementeren; wat zijn belangrijke voorwaarden waaraan het **externe netwerk** (zorgverzekeraars, gemeente, 2^e lijnsparitjen) zouden moeten voldoen.

➔ Financiering:

"kosten voor de baat"

Investering: ja maar ook **duurzaam**, is het onderdeel van het tarief?

- Besparing op de ene plek terugploegen in de keten
-> ketenfinanciering

➔ uitkomst en opbrengst:

- Uitkomst op pt niveau
- Opbrengst: keten belonen via shared savings

➔ Keten:

- Keten is 0^e t/m 3^e lijn

“one size fits none”, differentiatie van belang

- personalised
- Lage gezondheidsvaardigheden: ook rol van gemeente (school, sport, sociale domein)
 - Gezonde omgeving
 - Acceptatie omgeving

Groep 7

Er valt nog veel van elkaar te leren op het gebied van de aanpak van therapietrouw

⇒ **Wat doe jij in de praktijk** om therapietrouw in de keten te bevorderen?

Dit wordt al gedaan:

- Goede voorlichting geven, informatie (bijv handboek diabetes)
- Persoonsgerichte zorg, aansluiten bij die patiënt
- Bijwerkingen inventariseren in apotheek (voorkoming stoppen)
- Combinatiepillen (vooral bij ouderen)

Wat is ideaal?

- Evaluatiemoment met patient
- Afstemming huisarts/wijkverpleegkundige/apotheek kan beter
 - + bij ontslag uit ziekenhuis → overgang 2^e naar 1^e lijn afstemming
- ICT koppeling voor afstemming/uitwisseling gegevens

Groep 8

Er valt nog veel van elkaar te leren op het gebied van de aanpak van therapietrouw.

⇒ Wat zou jij willen **verbeteren**?

⇒ wat is voor jou belangrijk als je zoekt naar mooie voorbeelden.

Algemeen:

- Bewustwording WIE is verantwoordelijk voor medicatie en weten andere er van
- Meer in ketens denken
- Na ziekenhuisontslag, geen goede opvolging/monitoring
- Bewuste therapietrouw -> hoeft geen probleem te zijn
- Vragen naar ideeën over medicijnen bij patiënt

Wat is voor jou belangrijk als je zoekt naar mooie voorbeelden?

- Bekendheid/vindbaarheid van initiatieven
- Praktisch uitvoerbaar (ipv dikke rapporten)
- Contactpersoon/help functie -> do's / don'ts -> sparren
- Wat moet er iig zijn/voorwaarden om interventie te gebruiken (in de keten& voor-achterkant)
 - plus tips/tricks en valkuilen waar rekening mee moet worden gehouden
- Geïnspireerd worden/het belang zien/duidelijk maken
- Eindresultaat/en hoe dat kan worden bepaald