Geachte Cobijt lid,

We hebben leden van COBIJT opgeroepen hun inhoudelijke reactie op de Powerpoint Uitkomstenset en Zorgstructuren zoals gepresenteerd door de werkgroep VBHC voor Bijzondere Tandheelkunde: Bijtmeter, naar ons of het secretariaat van COBIJT te sturen. U heeft daar massaal gevolg aan gegeven.

We waren blij verrast met uw steun voor het inhoudelijke deel van de presentatie. We hebben de reacties en voorstellen gewogen: over een aantal onderwerpen had al een inhoudelijke discussie binnen de brainstormgroep plaatsgevonden en is er op basis van argumenten een andere keuze gemaakt; een ander deel van de suggesties is wél meegenomen. Deze reacties zijn verwerkt in bijgevoegde aangepaste PPT versie.

We benadrukken nogmaals dat de dataset een eerst aanzet is, zeker niet in ijzer gegoten en het is de bedoeling dat deze zich in de loop van de tijd dynamisch verder blijft ontwikkelen.

Uw zorgen ging echter vooral uit naar operationele zaken. Deze punten zijn echter nog niet aan de orde geweest en waren ook niet in de PPT meegenomen. We hebben deze zaken gebundeld en hier volgt puntsgewijs onze reactie:

* Wie heeft operationeel eigenaarschap/databeheer?
  + Ieder CBT is eigenaar van haar eigen data
  + Geanonimiseerde landelijke database: eigenaars zijn de betalers van de trusted third party ( TTP: een instantie die zaken als broncode, datacertificaten en sleutels in bewaring neemt) zich te verenigen in een stichting
  + De individuele centra voor wat betreft haar eigen cijfers én de bovengenoemde (TTP) stichting voor de gebundelde data, beheren deze data en kunnen benchmarkstudies uitzetten: kortom wij zijn en blijven allemaal zelf in the lead
* Wat is de doelstelling van de uitkomstenmeting:
  + VBHC uitkomstmetingen zetten we in om te leren en onszelf te verbeteren en niet om te controleren en corrigeren: “de kunst is het concept zo in te zetten dat het tot voordeel wordt en niet tot last; geen primair economische tool, maar een manier om de kwaliteit van zorg te doen verbeteren”
  + Terugkoppelen individuele data naar patiënt en behandelaar ter ondersteuning en verbetering van het primaire proces en betere samenstelling van, en terugkoppeling op behandelplannen
  + Geaggregeerde data intern inzetten voor verbetertrajecten
  + Geanonimiseerde data op landelijk niveau verwerken voor onderlinge benchmark, best practice en leernetwerk via constructie TTP warehouse en onafhankelijke researcher
* Diverse vragen over kostenonderscheid tussen centra over groot en klein verbruik, waarbij het ons inderdaad billijk lijkt financieel af te rekenen op basis van grootte van het Centrum.
* Velen maken zich zorgen over de registratielast (het eerste pilotjaar met de eerste centra)
  + Een goede balans en dus minimale set moet overeengekomen worden voor fase 1: de implementatie
  + De meeste centra werken met een 3-tal vragenlijsten (medische anamnese, algemeen en specifiek) vooraf voor hun patiënten; daarvoor zal de stap zijn te overzien, voor centra die niet werken met vragenlijsten is de stap voor hun patiënten aanzienlijk.
  + Vooropgesteld staat dat registratie digitaal is tegenover de huidige geprinte vragenlijsten met terugkoppeling
* Vragen met betrekking tot de instrumentkeuze: meetinstrumenten dienen zo veel mogelijk gevalideerd en (inter)nationaal gestandaardiseerd te zijn. Om de registratiedruk voor zowel patiënten als behandelaars zoveel mogelijk te beperken heeft de brainstormgroep vooral ook de lengte van de vragenlijsten meegewogen. Bij een aantal vragenlijsten is gekozen om een eerste uitkomstmaat, verdieping is daarna individueel voor iedereen altijd mogelijk.

Hierbij een citaat van de Federatie Medische Specialisten in hun standpunt Value Based Health Care, dat erg toepasselijk is: *“De Federatie onderschrijft de ambitie dat voor 50% van de ziektelast uitkomstinformatie beschikbaar komt voor patiënten en professionals. Gestandaardiseerde (meet) instrumenten hebben de voorkeur bij het operationaliseren van bepaalde uitkomsten. Dat hierbij wordt gekeken of aangesloten kan worden bij internationale initiatieven zoals ICHOM is logisch. Tegelijkertijd: niet alles wat van ver komt is beter. In Nederland zijn al diverse meetinstrumenten ontwikkeld die draagvlak onder professionals en patiënten hebben. Bewezen succesvolle initiatieven dienen opgeschaald en/of behouden te blijven. De inzet dient vooral gericht te zijn op het beschikbaar krijgen van bruikbare uitkomstinformatie in de spreekkamer en het gesprek tussen patiënt en arts.“*

* Vragen met betrekking tot de T0 voor reeds in behandeling zijnde patiënten: T0 is start voor de een en eerste keer invulling voor de ander: het zij zo
* We hebben op basis van de reacties overal van NRS schaal een VAS-schaal gemaakt omdat dit ook software technisch mogelijk is en we daarmee voor volwassenen en kinderen een lijn aanhouden
* Vragen m.b.t. response percentage. Hoe beter de terugkoppeling direct aan de patiënt hoe hoger de response. In essentie is het vooruit invullen van PROMS een methode om de vragen, klachten en wensen van de patiënten in te zetten voor een effectiever consult
* Vragen met betrekking tot de selectie software provider: er zijn door ons drie partijen aangezocht voor een pitch met een IT deskundige, werkzaam in het Isala ziekenhuis en revalidatiecentrum Vogellanden, die ervaring heeft met VBHC traject van de cardiologen en cardiochirugische centra in Nederland en twee leden van de werkgroep. Deze drie partijen hebben ieder een interessant voorstel gedaan waarvan het ons goed lijkt dit als aanzet te nemen voor een vervolgpitch met de startende centra: zodat we dit met hen kunnen voorbespreken. Zaken die het belangrijkst daarbij zijn: kosten, gebruikersgemak, koppeling met individuele IT systemen en databases met daarnaast nog vele andere mogelijkheden per systeem. Dit moet van tevoren goed onderhandeld worden. De discussie over de (in onze ogen overzienbare) kosten voor centra zouden wij niet voor hen, maar dóór hen willen laten voeren