

Notulen

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Vergadering: | Bijeenkomst COPD/HVL netwerken Nederland |
|  |  |
|  |  |
| Datum | Dinsdag, 02 juli 2019 |
| Tijd | 19:15-21:30 uur |
| Locatie | Hogeschool Utrecht, Padualaan 99 |
|  |  |
| Deelnemers | (volgens aanwezigenlijst) Erik Hulzebos, Alex van ’t Hul, Erik Bergkamp, Miriam van Harteveld, Erik Vunderink, Steven Kleinveld, Catharina Colli, Aadje Bloem, Jenny Zwiggelaar, Els de Wit, Anouck Hoenderkamp, Saskia Fonteijne, Steffie Spruijt (CZN), Maik Sliepen (CZN), Yvonne Spierings (CZN), Jaco Vleeshouwer, Gerda Vial, Nettie de Vries, Nelly Hoffmann, Floor Terstegge, Remco van Rijn, Rozemarijn Brinkman, Carlien Buurman, Thea Barendse, Cor Zagers, Norbet Reyniers, Annemieke Fastenau, Harry Nijssen, Patricia de Bruyn, Yvonne Dieleman, Simone van der Meer, Ellen Toet, Martijn Spruit, Marie-Jose Schrassers (Longfonds), Bas Verkes (KNGF), Guus Meerhoff (KNGF), Alexander de Tempe, Ferdinand de Haan, Jan Custers  |
|  |  |

1. De vergadering werd om 19:15 uur geopend met een hartelijk welkom aan alle aanwezigen, VHVL leden, vertegenwoordigers van regionale (COPD) netwerken, werkgroep KNGF richtlijn COPD, KNGF, Chronisch ZorgNet, en Longfonds. Er werd kort verwezen naar de 1e bijeenkomst, de aanleiding, de notulen (alsnog opvraagbaar bij info@vhvl.nl), en de huidige agenda. Het beoogde agendapunt ‘best practices’ vanuit de regionetwerken met betrekking tot organisatie en verwijsbeleid wordt verplaatst naar een volgende bijeenkomst gezien de volle agenda.
2. **Update richtlijn COPD** (agendapunt voorgezeten door Jan Custers)

Martijn Spruit geeft, namens de werkgroep richtlijn COPD van het KNGF, een korte presentatie over de beoogde patiëntprofielen die in de nieuwe richtlijn opgenomen gaan worden, zie bijlage Samengevat: er komen 6 profielen, gebaseerd op aantal longaanvallen en ziekenhuisopnames, CCQ of CAT, fysieke capaciteit (6MWT) en fysieke activiteit (stappenteller). Voor profielen 3-5 werd input gevraagd over verondersteld maximaal aantal en duur van de verrichtingen die nodig zijn voor goede zorg waarin een duidelijk begin (kop) en einde (staart) aan moeten zitten. De voorstellen uit de werkgroep richtlijn COPD kwamen over het algemeen overeen met de aantallen en duur van de behandeling die vanuit de aanwezigen werden genoemd. De werkgroep richtlijn COPD gebruikt deze informatie voor eventueel toekomstig overleg met ZiN, ZN, NZa, waarbij ingezet wordt op beter onderbouwde bekostigingstructuur, die recht doet aan patiënten die nu zorg worden onthouden (vanwege de huidige bekostiging in ABCD model), maar die tegelijkertijd een behandellimiet voorstelt voor die patiënten die kunnen uitstromen in de 0-lijn. De verwachting is dat, door het expliciet maken van deze profielen, meer patiënten met COPD (meer dan de 5% die nu daadwerkelijk fysiotherapie krijgen) de noodzakelijk zorg krijgen. Betere onderbouwde keuzes binnen het verwijsbeleid, met oog voor kostenbeheersing in de zorg.

1. **Chronisch ZorgNet** (agendapunt voorgezeten door Guus Meerhoff)

Maik Sliepen (Chronisch ZorgNet) geeft een presentatie over ClaudicatioNet, de oprichting in 2011, de huidige infrastructuur, en de plannen met betrekking tot Chronisch ZorgNet (zie bijlage).

Belangrijkste doelen van Chronisch ZorgNet zijn:

- kennis bundelen en verspreiden

- kwaliteit borgen

- slagkracht genereren richting externe partijen

- implementatie van de richtlijn organiseren

- borgen dat alle collega fysiotherapeuten, die beweegzorg voor COPD patiënten aanbieden, zichtbaar zijn voor verwijzers en andere betrokkenen

- borgen dat alle collega fysiotherapeuten transparante en kwalitatief hoogwaardige zorg aan deze kwetsbare patiëntenpopulatie bieden

- optimaliseren van samenwerking met betrokken zorgverleners en verwijzers

- fragmentatie binnen de fysiotherapie tegen gaan

Het middel dat hiervoor gebruikt wordt is de infrastructuur van ClaudicatioNet. Deze bestaat uit een digitale zorgverwijzer en de zorgzoeker, de transparante procedures (aanmelding, terugkoppeling(-sbrief), een portfolio met individuele voortgang / scholing, het kwaliteitssysteem met gebruik van data uit de landelijke database fysiotherapie (LDF) en de mogelijkheid om je eigen resultaten te bekijken en vergelijken met landelijk gemiddelden en 10 dichtstbijzijnde therapeuten. Deze infrastructuur kan middels input van experts op het gebied van COPD omgebouwd worden om de COPD beweegzorg vorm te geven om bovenstaand doel te bereiken.

De vraag vanuit CZN is om samen te werken met de huidige fysiotherapeuten/ netwerken en VHVL om gezamenlijk de COPD zorg te implementeren.”

Erik Vunderink spreekt namens HVL netwerk Twente. Hij geeft aan geen lid te zijn van ClaudicatioNet of CZN,  en wil niet gezien wil worden als een pion van CZN, maar dat hij spreekt als VHVL-lid.  Het HVLnT denkt dat er goede kansen liggen om de sterktes van VHVL (inhoudelijk zorg) te combineren met de organisatiekracht (en implementatie mogelijkheden) van CZN. Er zou sprake van een win-win situatie kunnen zijn als we elkaar kunnen vinden, en roept op om over oud zeer heen te stappen. Vanuit  het HVLnT is er interesse om met CZN samen te werken. Het moet dan het liefst vanuit een samenwerkingsverband met VHVL/ KNGF gaan. Als VHVL moeten wij mede bepalen op welke wijze de uitvoering en implementatie plaats zal vinden. Wij moeten hier dan ook de regie in kunnen houden. Hierbij gebruik makend van de sterktes van het CZN. Eén van de argumenten is dat CZN een al bestaande organisatie is, die de werkprocessen al heeft uitgerold en er onze inhoudelijke zorg, conform de nieuwe richtlijn COPD, zo bij in kan vliegen. Verder is zij een gesprekspartner voor ZiN, welke een bepalende rol heeft bij de totstandkoming van de inhoudelijke aanbiedingen in de contracten, die wij als eerste lijn praktijken jaarlijks (moeten)  tekenen. Door deze samenwerking aan te gaan hou je de totale regie over het implementatie proces en de uit te onderhandelen contracten. Hij spreekt de angst uit dat het niet samen optrekken met CZN zal leiden tot een nieuwe splitsing binnen de beroepsgroep. CZN zal doorgaan en nieuwe en andere leden trekken, mogelijk of zeer waarschijnlijk ook leden die nu nog niets met COPD-zorg of andere HVL-activiteiten hebben. Zorgverzekeraars zullen gevoelig zijn voor een verdeel- en heers politiek, welke wij hun bieden door 2 partijen in de markt dit uit te laten vechten. Het is ons inziens naïef om te denken dat zij altijd zullen kiezen voor een inhoudelijk zorgvariant. Het gevaar is dat zorgverzekeraars met CZN  in zee zullen gaan en zo zullen andere partners onze positie innemen in de beweegzorg voor patiënten met COPD. Om dit gevaar tegen te gaan is samenwerking, volgens het HVLnetwerk Twente, zeer aan te bevelen c.q. een noodzaak.

Na Erik’s betoog worden de CZN vertegenwoordigers gevraagd om, conform de afspraak, de vergadering te verlaten, zodat in alle openheid de VHVL leden en regionale netwerkvertegenwoordigers de voor- en nadelen van samenwerking met CZN in een vertrouwde omgeving kunnen bespreken.

**Discussie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pro’s CZN** | **Contra’s CZN** |
| VLVH/netwerken kunnen, samen met richtlijnwerkgroep KNGF inhoud aanleveren. | We verliezen invloed op het (inhoudelijke) proces van zorg (te starre regelgeving en standaardisatie bepaalt door CZN) |
| Invloed aan tafel met zorgverzekeraars kan sterker worden (dan de huidige situatie) indien voldaan wordt aan een gezamenlijk en gedragen platform (inhoud en proces) | Claudicatio patiënten (laag complex en unidisciplinair) is niet vergelijkbaar met COPD patiënten (hoog complex en multidisciplinair) en derhalve de zorg (inhoud en proces) en de business case niet vergelijkbaar. |
| Huidige slagkracht VHVL/ KNGF is beperkt | Er zijn regio’s waar de zorg goed verloopt, waarom zou je dat willen aanpassen; best practices beter benutten |
| Huidige ondersteuning onderhandelingen zorgverzekeraars is beperkt vanuit VHVL/ KNGF | Toekomstige regionale zorggroepen (die onderhandelen met zorgverzekeraars binnen een bepaalde regio) staan niet in lijn met een landelijk opererende organisatie |
| We worden eventueel beter zichtbaar/ vindbaar | Huidige beroepsgroep heeft ‘goud’ in handen, eigen data, (beter gebruik gaan maken van bestaande LDF), eigen mogelijkheden om kwaliteit op te zetten (data acquisitie uit LDF). |
| Goede organisatie structuur | Financieel; kosten gemoeid met lidmaatschap en activiteiten, beperkte return-on-investment’ |
|  | Ontkoppeling HVL als domein |
|  | Er is geen steun vanuit landelijke stakeholders (LAN, Longfonds, CAHAG, en NVALT) voor samenwerking met CN/ CZN. Die steun is van belang omdat voor een toename van COPD verwijzingen naar fysiotherapie we afhankelijk zijn van upstream verwijzers: huisartsen en longartsen. |
|  | Door samenwerking met CZN geeft de fysiotherapie regie uit handen voor de implementatie van de nieuwe richtlijn en de onderzoeksagenda voor fysiotherapie bij COPD |
|  | Het KNGF is eigenaar van de IT infrastructuur waarop het kwaliteitsysteem van CN draait (LDF). Door samenwerking met CZN zouden we een U-bocht creëren voor toegang hiertoe waarvoor ook nog eens flink in de buidel moet worden getast. |

Het VHVL bestuur zal in de komende bestuursvergadering de bijeenkomst van 02/07 evalueren en op basis daarvan scenario’s uitwerken ten aanzien van wel of niet samenwerken met CZN. Deze scenario’s worden voorgelegd aan de leden VHVL en regionale netwerkvertegenwoordigers tijdens een 3e bijeenkomst. Het streven is om tijdens de najaars ALV een voorstel voor te leggen aan de leden ter besluitvorming.

De eerstvolgende bijeenkomst van VHVL met regionale netwerkvertegenwoordigers en de werkgroep richtlijn COPD van het KNGF zal kort na de zomervakantie worden georganiseerd.

De voorzitter bedankt alle aanwezigen voor hun input en sluit de vergadering om 21:45 uur.