

Eind evaluatie Telefysiek

criterium 1: het voorstel

a) Beschrijving van het voorstel:

Is het project conform de voorgestelde aanpak uitgevoerd?

In de aanvraag is omschreven dat de activiteiten binnen het Telefysiek project worden vormgegeven in 3 verschillende werkpakketen en bijbehorende taken zoals hieronder beschreven.

Werkpakket 1:

Ontwikkeling regionale 'Communities of Practice 'VideoTeleconsult'

1 A: Inventarisatie en selectie VideoTeleconsult-trajecten

1 B: Kennisoverdracht en training teleconsultatie werkprocessen (oefencasuïstiek)

Werkpakket 2:

Technisch en Functioneel ontwerp basisinfrastructuur en applicaties

2.A Technisch en functioneel ontwerp breedbandapplicatie

2.B Technisch en functioneel ontwerp Teleconsultatieplatform

Werkpakket 3

Business modellen Toepassing (zorg) en diensten (ICT)

3 A Zorgservice providers: vergoeding voor het VideoTeleconsult

3 B: Uitvoeringsvarianten ICT-infrastructuur en dienstenconcepten applicatieaanbieders

De projectaanvraag is inderdaad uitgevoerd volgens deze aanpak. Voor WP1 zijn in elke regio regionale communities of practice ontwikkeld, de scholingsmodule is aangepast en scholing heeft plaatsgevonden. Dit werkpakket heeft gedurende het gehele project doorgelopen en in elk van de regio's hebben meerdere scholingsrondes en terugkom bijeenkomsten plaatsgevonden.

Wat betreft wp2, heeft Sport Raza een adaptatie van de applicatie uitgevoerd die na terugtrekken van Sport Raza is overgedragen naar en beheert door RRD. Diverse gesprekken zijn gevoerd met andere leveranciers van Telemedicine diensten voor samenwerking en verdere professionalisering van de applicatie. Dit heeft geleid tot een opdracht van RRD aan Ksyos om de applicatie verder te professionaliseren. De nieuwe applicatie maakt een Controle op Verzekering mogelijk en streaming video is ingebouwd. Daarnaast is er een gelaagdheid ingebouwd ten aanzien van het kunnen indienen van een casus. Gedurende het project zijn alle partners overgegaan naar deze applicatie Telefysiek (Versie 2.1) wat betekent dat alle 315 deelnemers nu op éénzelfde applicatie werken. De samenwerking met KSYOS heeft niet geleid tot een daadwerkelijk samenwerkingscontract daar Ksyos onlangs besloten heeft de technologie component ook zelf volledig out te sourcen. Dit heeft ertoe geleid dat na afloop van het project het beheer van de applicatie is overgegaan naar ICT van het Roessingh.

In WP3 is veel aandacht besteed aan financiering van het videoconsult door zorgverzekeraars. Het video teleconsult is in het kader van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' opgenomen in een NZA beschikking onder nummer EI-146 voor de duur van oktober 2008 t/m oktober 2011. Met de zorgverzekeraars Menzis, CZ, Multizorg, Uvit, Agis en Achmea is een contract afgesloten voor het video teleconsult met een bijbehorend tarief voor de opbouw (€ 111,10) en antwoord (€41,50). Dit tarief is gerealiseerd voor de 1e lijns kinderfysiotherapeut. Het VideoTeleconsult is echter een transmurale dienst die over de verschillende segmenten van de zorg plaatsvindt. Financiële inbedding moet voor al

deze segmenten van de zorg goed geregeld zijn. In de laatste project periode lijkt hier een doorbraak bereikt doordat met Menzis verschillende producten voor het Videoteleconsult gedefinieerd zijn die elk moment (jan 2011) door Menzis contractueel vastgelegd kunnen worden worden vastgelegd.

In dit werkpakket heeft ook de ontwikkeling van een businessmodel plaatsgevonden waarin zorginhoudelijke, organisatorische, technische en financiële aspecten van het video teleconsult geïntegreerd worden. Gebleken is dat

- De regio's de dienst zorginhoudelijk bezien willen voortzetten maar de dienst niet zelfstandig kunnen aanbieden. Voortzetting van samenwerking is nodig om 'massa' te realiseren en de dienstverlening uit te breiden.

- De bestaande toepassing in de kinderrevalidatie heeft een te smalle basis voor bedrijfsmatige exploitatie van de dienst.

Om deze reden is een centrale uitvoeringsvariant voor de organisatie van het video teleconsult beschouwd als de enige haalbare variant. Het Roessingh concern heeft in de vorm van een Roessingh Telezorg Centrum (RTC) een dergelijke centrale uitvoeringsvariant opgericht die door VWS de IMSZ status toegekend heeft gekregen. Het RTC zal de integratie van alle aspecten benodigd voor het leveren van de dienst op zich nemen. In de laatste projectperiode is een stap gemaakt met het uitwerken van de rollen tussen de partners en het RTC na de projectperiode. Deze zullen tussen 1 sept 2010 tot 1 jan 2011 verder ontwikkeld en al dan niet bekrachtigd worden.

b) Probleemanalyse specifiek systeemfalen:

Is het geschetste systeemfalen doorbroken zoals voorgenomen? Welke andere factoren (buiten het project) hebben positief of negatief bijgedragen aan het doorbreken van het systeemfalen?

De systeemdoorbraken bij aanvang van het project waren gedefinieerd als:

- Integrale samenwerkingsverbanden tussen onafhankelijke professionals (beroepsgroepen) en zorgorganisaties.
- Een betrouwbare en bedrijfsmatig te exploiteren ICT infrastructuur en diensten voor transmurale videocommunicatie.
- Het ontwikkelen en implementeren van nieuwe vergoedingssystemen voor transmurale dienstverlening.

In de projectperiode zijn deze factoren van systeemfalen doorbroken omdat

- in elke regio een netwerk is ontwikkeld bestaande uit meer dan 25 deelnemers die een VideoTeleconsultatie-training hebben gevolgd, toegang hebben gekregen tot de Telefysiek-portal en na minimaal 4 'oefenvideo-vragen' zijn overgegaan tot toepassing in de eigen dagelijkse zorgpraktijk. De regio's en betrokken zorgverleners zijn erg enthousiast en willen de dienst graag continueren. Opgemerkt moet worden dat de adoptiecurve van technologie in de zorg traag is. Dit betekent dat er niet snel een grote massa voor het video teleconsult bereikt is en zal worden met als gevolg dat er na de project- periode (nog) geen kostendekkende structuur bestaat.
- Wat betreft de ICT infrastructuur is een nieuwe applicatie van de Telefysiek-portal ontwikkeld door de ICT partijen op basis van de feedback ontvangen uit de regio's. Alle regio's zijn overgegaan naar deze nieuwe applicatie en werken nu allemaal (n=315) met dezelfde applicatie die administratief en technisch wordt beheerd door de ICT partij. Opgemerkt moet hierbij worden dat het vinden van strategische partners om de samenwerking op het technische gebied een lastige is. Samenwerking met de grote industriële partners is vaak lastig vanwege hun logge karakter en daardoor gebrek aan flexibiliteit en snelheid maar ook vanwege het feit dat bij het introduceren van innovatieve diensten als telefysiek een lange adem en jarenlang investeren betekent. In het MKB daarentegen lijken er duizend bloempjes te bloeien die nader beschouwd allemaal (net iets) andere diensten ondersteunen. Voor hen betekent het samengaan met/integreren van een andere applicatie een forse investering die niet zomaar geleverd kan worden

- Voor het VideoTeleconsult is in het kader van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' een NZA beschikking afgegeven. Met de zorgverzekeraars Menzis, CZ, Multizorg, Uvit, Agis en Achmea is een contract afgesloten voor het VideoTeleconsult met een bijbehorend tarief voor de 1^e lijns kinderfysiotherapeut. Omdat het VideoTeleconsult een transmurale dienst is moet ook de financiering zo geregeld zijn. Een langdurige, tijdrovende discussie met zorgverzekeraar Menzis heeft uiteindelijk geleid tot de definitie van verschillende 'productvarianten' van het Videoteleconsult die elk moment (jan 2011) in een contract bekrachtigd wordt. Het is de bedoeling dat andere zorgverzekeraars nadien een aanhaak procedure volgen. Tevens moet dan nog inbedding in de DBC systematiek gaan plaatsvinden wat ook zeker 11/2 tot 2 jaar zal gaan duren. Kortom inbedding in ons financieringssysteem is een lastige en een blijvende factor van systeem falen. Daar komt bij dat de onzekerheid omtrent daadwerkelijke realisatie van de vergoedingen alsmede de trage afhandeling van declaraties bij zorgverleners tot afwachtende houding rondom het gebruik van de innovatie en daardoor het minder dan gehoopt inbedden van Telefysiek in het dagelijkse zorgproces. Kortom er ontstaat een vicieuze cirkel waarin gebrek aan financiering en massa elkaar in stand houden.
- Wat betreft het businessmodel voor de Telefysiek dienstverlening is een cruciale factor het genereren van voldoende consulten. Dit betekent dat individuele regio's de dienst niet zelfstandig kunnen aanbieden. Voor voortzetting is samenwerking nodig om 'massa' te realiseren en de dienstverlening uit te breiden naar andere diagnose groepen. Om deze reden is een centrale service-provider opgericht: Het Roessingh Telezorg Centrum (RTC). Op dit moment wordt de relatie tussen de consultatie-regio's en het RTC uitgewerkt met de intentie om nog in 2010 te komen tot overeenkomsten van dienstverlening tussen het RTC en deze regio's.

Uit bovenstaande blijkt dat de grootste uitdagingen voor blijvende implementatie niet zozeer zorginhoudelijk of technisch van aard zijn maar dat financiering en massa de meest kritische succesfactoren zijn om van een project structuur naar een bedrijfsmatige structuur te komen. Ervaring leert dat deze factoren in een enkel project onvoldoende beslecht kunnen worden. Dit betekent dat het vinden van een oplossing om de opgebouwde resultaten te kunnen voortzetten van groot belang zijn om te voorkomen dat we in een volgend project weer van voor af moeten beginnen. Gesprekken met VWS, Menzis en de zorgsector laat zien dat niemand zich 'de echte' probleem eigenaar voelt wat hen doet aarzelen concreet te investeren in oplossingen. Wel is door de zorgpartners uit het project gesproken over het opzetten van een meeromvattend branche-initiatief in de revalidatiezorg voor de versnelde introductie en opschaling van Telemedicine-toepassingen. In het voorjaar 2011 zal een dergelijk initiatief naar alle waarschijnlijkheid opgetuigd worden. Dit samen met inzet van verzekeraars, overheid is essentieel om tot verdere verspreiding en betere verankering te komen.

Criterion 2: het perspectief

c) Perspectief van opschaling:

Is de beoogde opschaling gerealiseerd (kwantitatief en kwalitatief)?

Het doel van dit project is het opschalen van de video teleconsultatie dienst in 7 regio's in Nederland met per regio minimaal 25 'adressen'. In het project is deze opschaling gerealiseerd door: VU Medisch Centrum, UMC Groningen, Revalidatie Centrum de Trappenberg, Sint Maartenskliniek, UMC Sint Radboud en Roessingh Revalidatie centrum. Een aantal van deze partners was naast de scholing van hun eigen regio ook verantwoordelijk zijn voor inhoudelijk opschaling van een nieuwe diagnosegroep, dan wel opschaling van een nieuwe regio. Gedurende het project hebben in 7 regio's 315 professionals toegang gekregen tot het beveiligde deel van de website Telefysiek voor de zorginhoudelijke casuïstiekuitwisseling. Elke zorginhoudelijke partner heeft het doel van 25 geschoolde deelnemers in haar regio ruimschoots gerealiseerd. Trainingsgroepen omvatten tussen de 12 en 30 nieuwe deelnemers, voornamelijk kinderfysiotherapeuten en een revalidatie arts, maar ook een

klein aantal ergotherapeuten. Nijmegen heeft separaat van het netwerk kindergeschoolde deelnemers; Amsterdam 76; Midden Nederland 28; Nijmegen 70, Twente 76, Groningen en Friesland 42, de groep rond Via Reva 12, en de groep rond chronische pijn bij volwassenen 11. Sinds 1 september 2008 zijn er 510 casussen uitgevoerd waarvan 504 rond houdings- en bewegingsproblematiek bij kinderen en 6 bij volwassenen met chronische pijn.

d) Perspectief van maatschappelijk effect:

Is het beoogde maatschappelijke effect daadwerkelijk en meetbaar opgetreden?

De beoogde maatschappelijke effecten staan in het voorstel beschreven als verbetering van behandeling door aanpassing van verwijfsstromen in regionale zorgnetwerken rondom complexe patiënten en daarmee tevredenheid van patiënten. Genoemde indicatoren van effect en middelen ter verificatie die genoemd zijn betreffen:

Introductie VideoTeleconsult.

Indicatoren: aantal deelnemende therapeuten, aantal (proef)consultaties, overeenstemming over zorgarrangement. Patiënttevredenheid.

Verificatie: presentielijst opleiding, registratie van de consultaties, schriftelijke overeenstemming over protocol. Registraties van de zorgverzekeraars terzake de zorgconsumptie, diagnosecodes en declaraties. Patiënttevredenheid conform evaluatie zorgverzekeraars en opgave patiëntenorganisaties.

Ontwikkeling zorgprogramma's

Indicatoren: VideoTeleconsult als onderdeel transmurale zorgprogramma's revalidatie. Aanbod van ICT-dienstverleners.

Verificatie: Bestuurlijke samenwerkingsafspraken. Commercieel aanbod ondersteunende infrastructuur- en dienstenleveranciers.

Systeemdoorbraak transmurale breedbandige communicatienetwerken.

Indicator: Toepassing VideoTeleconsult buiten de projectregio's. Nieuwe toepassingen.

Verificatie: Informatie over nieuwe toepassingen. Erkenning van het VideoTeleconsult in financiële vergoedingensystemen.

Gedurende het project heeft gedurende een jaar een uitgebreide evaluatie van de ingediende videoteleconsulten plaatsgevonden waaruit blijkt dat het inzetten van het videoteleconsult op diverse manieren een meetbaar maatschappelijk effect heeft gehad zoals hierboven vermeld. Als voorbeeld:

- Er zijn 315 zorgprofessionals geschoold die tezamen 510 casuïstiek hebben uitgewisseld.
- De accreditatie voor de scholing is verkregen door het KNGF (loopt tot april 2011) en door de St ADAP (mei 2012) voor ergotherapeuten, logopedisten en cesartherapeuten
- De scholingsmodule is op basis van de ervaringen opgedaan in het project en de nieuwe technische infrastructuur geüpdate.
- De tevredenheid van ouders (n=58) scoort gemiddeld genomen (op een schaal van 0-10) 8,2 bedraagt.
- De tevredenheid van de zorgverleners (n=101) scoort (eveneens op een schaal van 0-10) 7,8.
- Op de vraag of het videoteleconsult het zorgproces heeft ondersteund scoren de zorgverleners (op een schaal van 0-10) gemiddeld genomen 7.8.
- De reden voor het videoteleconsult lopen zeer uiteen van er is meer kennis nodig over de in te zetten behandeling, onzekerheid over wel of niet verwijzen, adviesvragen, is extra onderzoek nodig, bijkomende complicaties, overdracht of anders.
- Zorgprofessionals geven aan dat in 26% van de gevallen een fysieke verwijzing is voorkomen en in 26% van de gevallen is extra onderzoek voorkomen. In 28% en 34% van de gevallen een fysieke verwijzing of extra onderzoek geïndiceerd om de kwaliteit van diagnose en behandeling te verbeteren.

- Het videoteleconsult kent vergoedingen voor de 1^e lijns therapeuten en hoogstwaarschijnlijk zijn er begin 2011 contracten voor transmurale videoteleconsulten met in elk geval menzis.
- Begin 2011 wordt door het RTC contracten uitgewerkt voor de projectpartners en nieuwe deelnemers voor het aanbieden van het videoteleconsult via een vergoede en niet vergoede variant
- In de projectperiode is vanuit de verschillende regio's een start gemaakt met uitbreiding naar andere regio's zo heeft vanuit Enschede uitbreiding naar Via Reva plaatsgevonden en vanuit Groningen naar Friesland en Drenthe. Daarnaast is uitbreiding naar andere doelgroepen verkent en voorzichtig gestart; Nijmegen richting de logopedie en Enschede richting de Chronische pijn. Uitbreiding richting nieuwe regio's vanuit het RTC zoals Groot Klimmendaal en Tolbrug is eveneens in gang gezet.

Welke andere factoren (buiten het project) hebben positief of negatief bijgedragen aan het opgetreden maatschappelijke effect?

Criterion 3: de business case

e) Stakeholders analyse:

Was de (actieve en passieve) betrokkenheid van de stakeholders inderdaad zoals voorgenomen?

In de aanvraag zijn drie clusters van partijen beschreven die betrokken dienen te worden bij het probleem en de voorgestelde oplossing.

Cluster A: Directe betrokkenen in de primaire revalidatiezorg-processen. Dit zijn de verschillende zorginstellingen en beroepsgroepen, de patiënten, zorgverzekeraars evenals de hen vertegenwoordigende organisaties (beroeps- en brancheverenigingen, patiëntenorganisaties).

Cluster B: Infrastructuur en dienstenleveranciers. Hier gaat het om de aanbieders van infrastructuur en diensten die de voorgenomen transmurale samenwerking met Informatie- en Communicatie technologie (kunnen) ondersteunen.

Cluster C: Intermediaire organisaties en 'veldpartijen'. Dit zijn de (publieke) organisaties die beogen de structurele randvoorwaarden van technische en financiële aard voor ketenzorg te ontwikkelen en te implementeren.

Ook het business model onderzoek dat is uitgevoerd in het kader van dit project heeft dit uitgewezen. Gedurende het project was er actieve betrokkenheid van de verschillende zorginhoudelijke stakeholders zijnde de verschillende zorgregio's, de technische partners zijnde RRD, in beginsel Sportraza en later KSYOS. Ook was er sprake van betrokkenheid van verschillende zorgverzekeraars. Omdat het businessmodel uitwees dat er voor optimale implementatie een service provider nodig is die de geïntegreerde service richting de zorg brengt is het Telezorg Centrum opgericht. Deze stakeholder is vanaf oprichting intensief bij het project betrokken geweest.

f) Kosten-baten analyse:

Is de ex-ante kosten/baten-analyse ex-post bevestigd?

In het projectvoorstel is een onderscheid gemaakt tussen Kosten-baten effecten in de keten en kosten-baten op langere termijn.

Belangrijke effecten op korte termijn hangen samen met de directe wijzigingen in de patiëntenstromen. Initieel voordeel is vooral in de eerste lijn te verwachten.

A: Versterking van de eerstelijnsfunctie.

B: Reizende informatie in plaats van reizende patiënten

C: verkorting van wachttijden en doorlooptijden

Uit de indicatoren beschreven onder criterium 2d blijkt dat er zeker sprake is geweest van een versterking 1^e lijn en het voorkomen van fysieke verwijzingen doordat de informatie reist en niet de patiënten zelf. Wat betreft de verkorting van wachttijden en doorlooptijden heeft de evaluatie uitgewezen dat er gemiddeld 8 (sd 9) dagen zit tussen het opbouw en eerste antwoord en gemiddeld 11 (sd 12) dagen tussen indienen consult en afronding consult. Dit is sneller dan de gemiddeld wachttijden en doorloop tijden die we bij fysieke verwijzingen kennen.

Op langere termijn werd verwacht

- A: Vermindering en verschuiving zorgconsumptie diagnosegroep.
- B: Versnelling van kennisontwikkeling transmurale revalidatiezorg.
- C. Economische waarde ICT-dienstverlening.

De zorginhoudelijke effecten voor de langere termijn zijn (nog) niet expliciet meetbaar gemaakt. Wel blijkt uit de regionale bijeenkomsten die gehouden zijn in de verschillende regio's dat er sprake is van een duidelijke kennisvermeerdering in de eerste lijn evenals een versterking van de regionale netwerken en daarmee transmurale samenwerking. Wat betreft de bedrijvigheid heeft het project geresulteerd in de oprichting van een centrale uitvoeringsvariant die als doel heeft geïntegreerd ICT ondersteunde zorgapplicaties naar de zorg te brengen.

g) Risico-analyse:

Welke voorziene en onvoorziene risico's en knelpunten hebben zich voorgedaan en hoe zijn die opgelost?

Het opschalen en implementeren in de zorg is een langzaam proces en eenmaal geschoold betekent nog niet vanzelfsprekend blijvend gebruik. Een goede regionale kartrekker is en blijft van essentieel belang om de netwerken overeind te houden. Het overeind houden van de regiocoördinator rol wordt hier als belangrijke oplossing gezien. Daarnaast is name de trage ontwikkelingen rondom de financiële inbedding van het videoteleconsult in de financieringssystematiek als een knelpunt ervaren en dit heeft tot aarzeling bij zorgprofessionals geleid en daarmee tot minder massa dan op voorhand gehoopt. Goede communicatie richting de zorgpartners en intensieve betrokkenheid van zorgverzekeraars is hiertoe ingezet.

h) Financiële onderbouwing:

Is de ex-ante geschetste business-case ex-post bevestigd (m.n.: kan het project zichzelf financieel bedruipen)?

Wat betreft de businesscase voor Telefysiek zijn de cruciale factoren het genereren van voldoende consulten en een adequate inbedding in het financieringssysteem. Vanwege de onzekerheid omtrent daadwerkelijke realisatie van de vergoedingen alsmede de trage afhandeling van declaraties bij zorgverleners is een afwachtende houding rondom het gebruik van de innovatie en daardoor het minder dan gehoopt inbedden van Telefysiek in het dagelijkse zorgproces. Daarnaast heeft de bestaande toepassing in de kinderrevalidatie een te smalle basis heeft voor bedrijfsmatige exploitatie van de dienst en is uitbreiding naar andere doelgroepen en sectoren noodzakelijk. In het project is hiermee een start gemaakt. Samenvattend betekent dit alles dat op het einde van het project niet voldoende massa voor het video teleconsult bereikt is met als gevolg dat er na de project- periode (nog) geen kostendekkende structuur bestaat. Wel zijn alle zorginhoudelijke regio's enthousiast om verder te gaan met het videoteleconsult. Door de centrale uitvoeringsvariant, het RTC, worden op dit moment contracten uitgewerkt en besproken met de huidige telefysiek deelnemers en worden actief nieuwe deelnemers gerecruiteerd met als uitdaging om in 2011 kosten dekkend te kunnen exploiteren.

Criterion 4: de planning, begroting, kwaliteitsbewaking en communicatie

i) Planning:

Is de planning gerealiseerd conform voorstel?

Het project heeft een half jaar langer geduurd dan oorspronkelijk gepland met name om dat blijvende verankering in de zorg en met name de financiële inbedding meer tijd vergt dan op voorhand gepland.

j) Begroting:

Is de begroting gerealiseerd conform voorstel?

Nee het project kent een budget overschrijding van 272.00 euro voornamelijk veroorzaakt door budget overschrijding van de trekkende partijen van dit initiatief.

k) Kwaliteitsbewaking:

Heeft de kwaliteitsbewaking goed gefunctioneerd?

Ja deze is volgens plan verlopen en heeft goed gefunctioneerd.

l) Communicatie:

Zijn de communicatie-activiteiten gerealiseerd conform voorstel? Was de projectinterne en -externe communicatie effectief?

In het projectvoorstel waren de volgende communicatie activiteiten voorgesteld.

1. Revalidatiesector en beroepsgroepen: Publicatie van initiatief en (halfjaarlijkse) voortgang in de algemene periodieke uitgaven (nationaal en regionaal), publicatie in (wetenschappelijke) uitgaven van de verenigingen.
2. Regionaal samenwerkende zorginstellingen: Voortgangsberichten in de uitgaven van de regionale Werkgeversverenigingen zorg.
3. ICT-bedrijfsleven: Awareness middels vakbladen voor zorg en ICT.
4. Patiënten en Cliëntenorganisaties: Publicatie in periodieke uitgaven.
5. Website met publieksinformatie en fora voor projectdeelnemers.
6. Zesmaandelijke nieuwsbrief.
7. Publicatie via platformorganisaties Telemedicine (NBL, EPN Nitel e.a.)

In het project is ruim aandacht geweest voor communicatie conform bovengenoemde activiteiten. Als zeer effectieve communicatie middelen werden ervaren de in elke regio gehouden bijeenkomsten, nieuwsbrieven en e-mails voor de potentiële deelnemers en verschillende beroepsgroepen, de demo film die voor diverse doelgroepen geschikt is en de website die tevens als portaal diende om toegang te krijgen tot de applicatie.