

ZORGVERLENERS IN EERSTE EN TWEDE LIJN LEREN ELKAARS WERKWIJZE BETER KENNEN

Diabeteszorg op maat

Door goede afspraken te maken over door- en terugverwijzen van diabetespatiënten ontstaat een win-winsituatie. Patiënten zijn tevredener omdat ze op de juiste plek worden behandeld en het kostenplaatje per patiënt valt 10 procent lager uit.

Kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg betekent zorg die afgestemd is op de actuele conditie, mogelijkheden en doelstellingen van de patiënt. Deze integrale benadering is het centrale uitgangspunt van Droom, een project van ziekenhuis Bernhoven in Oss en Veghel waarbij ook eerstelijnszorggroep Synchroon en zorgverzekeraars CZ en VGZ nauw betrokken zijn. Een van de succesvolle initiatieven van Droom is het diabetesproject waarmee in het najaar van 2014 werd gestart. Het streven van het diabetesproject is om de zorg dichtbij huis te organiseren als het kan, maar verder weg (concentratie) als dit de kwaliteit ten goede komt. Uiteindelijk resulteert dit in een met de patiënt afgewogen en afgestemd individueel zorgplan. De belangrijkste projectdoelstelling is om de patiënt altijd op de juiste plek te behandelen. Op basis van tevoren afgesproken criteria is er in twee richtingen een soepele overgang tussen de meer integraal gerichte eerstelijnszorg dicht bij huis en de specialistische tweedelijnszorg. Ontschotting tussen de verschillende behandelaars is daarin een voorwaarde.

Inschaling

In de projectgroep is een checklist (zie tabel) met de criteria/events uit de regionale afspraken opgesteld om

de afgesproken door- en terugverwijsmomenten in de integrale zorgpaden te ondersteunen. Op basis van vijftien punten worden patiënten ingeschaald op de zwaarte van hun problematiek wat resulteert in een duiding waar de patiënt het best behandeld zou kunnen worden. Het schema is geïntegreerd in het keteninformatiesysteem van VitalHealth waar de eerste lijn mee werkt. De benodigde gegevens worden gedeeltelijk automatisch ingelezen, waarna het systeem de behandelaar attendeert op gebeurtenissen die kunnen leiden tot een interventie/heroverweging van het zorgpad. Daarbij kan bijvoorbeeld sprake zijn van tijdelijke doorverwijzing naar de tweede lijn. Ook internisten volgen deze werkwijze en verwijzen patiënten op basis van de individuele score terug naar de eerste lijn. Omdat de mogelijkheden van behandeling voortdurend veranderen, is het van belang de zorgpaden en de schema's daarop te laten aansluiten. Tien jaar geleden

Transparatie van de kwaliteit is een basisvoorwaarde

was het bijvoorbeeld nog niet goed mogelijk patiënten die één à twee keer per dag insuline spoten in de eerste lijn te houden. Door een betere kennis van het ziektebeeld in de eerste lijn is dat tegenwoordig wel mogelijk.

Door het hanteren van dezelfde verwijzen- en terugverwijscriteria gaat de praktijkvariatie afnemen. Daarvoor was het noodzakelijk de kwaliteit van de diabeteszorg in de eerste lijn te standaardiseren en op een algeheel hoger plan te brengen. Wink de Boer, medisch directeur van Bernhoven, geeft aan dat in het verleden de bij specialisten aanwezige perceptie over verschillen in de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn een belemmering vormde om een stabiele, goed ingestelde patiënt terug te verwijzen. Een van de belangrijkste uitdagingen in het project was dan ook om alle kwaliteitsaspecten van de geleverde zorg zichtbaar te maken door deze voortdurend te monitoren. Zorggroep Synchroon houdt toezicht op de kwaliteit van de diabetesketen. Dit gebeurt door een multidisciplinaire werkgroep, monitoring van zorg, bijscholing, praktijkbezoeken en een jaarlijks ketencongres. Bovendien zijn twee kaderhuisartsen diabetes beschikbaar die laagdrempelig voor advies te benaderen zijn via het keteninformatiesysteem (KIS) door de huisartsen en praktijkondersteuners. Al deze maatregelen hebben ervoor gezorgd dat twijfels over de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg in de eerste lijn definitief zijn weggenomen.

Uitdaging

Sinds oktober 2014 zijn 310 patiënten terugverwezen naar de eerste lijn en dit aantal neemt nog steeds verder toe.

Checklist criteria door- en terugverwijzing diabetespatiënten

ANTWOORD 1E LIJN	INDICATIE	ANTWOORD 2E LIJN
	DIAGNOSTIEK	
NEE	Leeftijd < 25 jaar	JA
	GLYCEMISCHE INSTELLING	
JA	Individuele streefwaarden binnen 6 maanden behaald?	NEE
NEE	Insulinetherapie >2 daags	JA
NEE	Glycemische instelling is verbeterd na behandeling in 2e lijn gedurende een half jaar	JA
	RISICOFACTOREN	
NEE	Langer dan 6 mnd therapieresistentie hypertensie én >3 bloeddrukverlagende medicatie RR systolisch >140 mmHG (bij lft >80jr >160 mmHG)	JA
NEE	verdenking familiale hypercholesterolemie (kansscore vlgs tabel FH > 6)	JA
NEE	BMI ≥ 35	JA
	COMPLICATIES	
NEE	Nierfunctie: lft<65jr en MDRD<45 of lft >65jr en MDRD <30	JA
NEE	Macroalbuminurie	JA
NEE	Diabetische voetulcus: Plantair ulcus of ulcus > 2 weken	JA
NEE	Proliferatieve retinopathie én niet optimaal HbA1c	JA
NEE	<65 jr en >2 complicaties (neuropathie/retinopathie/nefropathie/ macr.vasc./voeten)	JA
NEE	Afgelopen jaar >2x acute zorg van buitenaf nodig gehad (niet op te lossen door patiënt zelf)	JA
	OVERIG	
JA	Levensverwachting beperkt (<3-5 jr of opname verpleeghuis)	NEE
JA	Vraag huisarts is in de 2e lijn beantwoord cq. behandeldoel is bereikt	NEE

Reactie van eerste c.q. tweede lijn op de vraag of een diabetespatiënt moet worden doorverwezen c.q. terugverwezen.

Patiënten keken in eerste instantie vreemd aan tegen deze terugverwijzing, zo blijkt uit interviews met patiënten. Zeker als ze al jaren, in één geval zelfs twintig jaar, bij dezelfde specialist komen. Na de uitleg van de specialist, de brief met uitgebreide toelichting en de eerste ervaringen in de eerste lijn zijn patiënten zonder meer positief. De zorg in eerste en tweede lijn wordt als gelijkwaardig ervaren ('de diabetesverpleegkundige stelt dezelfde vragen als de specialist') en heeft als voordeel dat men dichter bij huis in de lokale huisartsenpraktijk behandeld kan worden. Een verdere digitalisering van het patiëntendossier waarin de zelfmetingen kunnen worden ingevoerd en dat – na toestemming van de patiënt – gedeeld kan worden met de behandelaar is ook een wens die leeft. In 2016 krijgt het KIS hiervoor een patiëntenportaal, namelijk e-Vita van Vital Health, een door zelfzorg

ondersteund goedgekeurd zelfmanagement platform. Een zorgpad moet altijd in overleg met de patiënt worden vastgesteld. Wat het beste zorgpad in een specifieke situatie is, is een inhoudelijk verhaal waar zorgverleners uit eerste en tweede lijn snel uit zijn. Het beter leren kennen van elkaars werkwijze wordt als positief ervaren. Implementatie van de inhoudelijke afspraken in de dagelijkse praktijk is de werkelijke uitdaging. De al eerder genoemde transparantie van de kwaliteit is een basisvoorwaarde. Ook het vooraf in beeld brengen van alle andere (vermeende) effecten, waaronder de inkomens- en omzetgevolgen zijn van groot belang. Het zoeken naar oplossingen is dan de volgende stap. Bij de invoering van de integrale bekostiging op 1 januari 2015 hebben de specialisten van Bernhoven gekozen voor een dienstverband. Dat is een voordeel maar wordt niet als een absolute voorwaarde

voor het welslagen van een dergelijk project gezien. Wel is het zaak om de zorgen die projectdeelnemers hebben over financiële consequenties of werklasteffecten uit te spreken. Daarmee kan voorkomen worden dat er verborgen agenda's ontstaan die het proces frustreren. Ook in dit project zijn er momenten geweest waarop men op het punt heeft gestaan door tegenslagen met het project te stoppen. Zo was het niet beschikbaar komen van een toegezegd geïntegreerd patiëntendossier (epd) in de tweede lijn zo'n moment. Het is dan belangrijk de focus te houden op het uiteindelijke doel van het project, namelijk het gezamenlijk leveren van kwalitatief hoogwaardige, efficiënte diabeteszorg en van ondersteunende zaken geen hoofdzaken te maken. Een projectleider die bij tegenslagen rustig en volhardend naar oplossingen blijft zoeken, kan op zo'n moment voorkomen dat het spaak loopt.

STAPPENTELLER

Als ziekenhuisbestuurder kom ik nog eens ergens. Buiten de obligate overleggen, die wij 'bila' noemen, zijn er legio mogelijkheden om de bestuurskamer te ontvluchten. Neem alle ceremoniële verplichtingen, zoals het welkom heten van visitatie-commissies, het rondleiden van de burgemeester of een Kamerlid (koninklijk bezoek is er bij ons nooit, maar tot troost ben ik republikein) of het toespreken van vrijwilligers of een pensionado. Mijn vroegere collega Fred Plukker noemde dat de portefeuille zang en dans.

Daarnaast hebben we veel interne werkbezoeken, dat is de opsnuifrol. Onze wekelijkse 'lean'-bezoekjes hebben die functie. Dat geldt ook voor de overleggen 'op locatie', zoals de kwartaaloverleggen met en bij de werkeenheden. Door die in een spreekkamer op de poli te doen zie je meer dan in alle jaarplannen, verantwoordingsdocumenten en voortgangsrapportages bij elkaar.

En vergeet niet de maandelijkse hoogtepunten: de stafvergadering – voor de liefhebber van cabaret –, of de ondernemingsraad – voor het vormingstheater. En dan is er buiten de deur van alles en nog wat te doen. Als ik wil kan ik elke dag naar een conferentie, een ontbijtwerksessie, een seminar of een diner voor 'de decision makers in de zorg' (ja, durf dan maar eens nee te zeggen).

De kunst van besturen is om zoveel mogelijk buiten de eigen werkkamer te blijven. Ik schat mijn score met een kletsnatte vinger op zo'n 50 procent – het zou boeiend zijn om hier eens vergelijkend warenonderzoek naar te doen. Ik heb begrepen dat de stappenteller zinloos is als vitaliteits-aanjager. Maar zo'n ding zou best eens heel waardevol kunnen blijken voor het meten van bestuurlijke effectiviteit.

Hugo Keuzenkamp is bestuurslid van het Westfriesgasthuis in Hoorn

FAAL- EN LEERFACTOREN BIJ PROJECTEN

- Zorg voor draagvlak in het veld
- Leg als management geen extra druk als het even tegen zit
- Reken op tegenvallers en wees bereid om te leren en bij te sturen.
- Verlies het doel niet uit het oog

Betere educatie van patiënten over de ins en outs van de ziekte en de diverse behandelmogelijkheden is ook een belangrijk aandachtspunt. Op dit moment loopt er al een gezamenlijk educatieproject waarbij de Prisma-training die het ziekenhuis aanbiedt ook voor patiënten uit de eerste lijn toegankelijk is. Ook wordt samengewerkt in beweegprogramma's zoals BioWalking en StartToRun.

Patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraar CZ zijn positief over het project. Ze zijn ervan overtuigd dat het ook in andere regio's realiseerbaar is. Dat het hier om één ziekenhuis en één zorggroep gaat in een afgebakende regio vereenvoudigt de afstemming maar is geen voorwaarde om ook niet elders een succes te kunnen zijn. Een goede projectbegeleiding helpt enorm. Transparantie, laten zien wat je doet, alle effecten in beeld brengen en bespreekbaar maken en van elkaar willen leren is veel belangrijker voor het al dan niet welslagen van een dergelijk project dan welke (vermeende) bestuurlijke of regionale drempels dan ook. ■

contact

gert.jan.wissink@cz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

Eerdere MC-artikelen, meer informatie over het diabetesproject en de lijst van geïnterviewden voor dit artikel vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

Aandeel eerste lijn

Op basis van de nu beschikbare cijfers van Bernhoven, Synchroon en CZ is bekeken of het veronderstelde substitutie-effect van het project sinds de start van het project in het najaar van 2014 wordt gerealiseerd. De eerste cijfers laten het volgende zien: de trendmatige stijging van het aantal nieuwe diabetespatiënten in de afgelopen jaren heeft zich ook na de start van het project verder voortgezet. Het aantal dbc's dat door het ziekenhuis is geopend voor patiënten met diabetes, is tijdens de loop van het project echter gedaald. Naast de eerdergenoemde meer dan driehonderd terugverwijzingen kan dus geconcludeerd worden dat het aandeel van de eerste lijn in de diabeteszorg is toegenomen. De gemiddelde gedeclareerde kosten (ziekenhuis en zorggroep) per diabetespatiënt laat een daling zien van 10 procent. De veronderstelde substitutie van de diabeteszorg van de tweede naar de eerste lijn met een neerwaarts effect op de kosten wordt door de cijfers ondersteund. Het percentage diabetespatiënten in zorg bij de huisarts is in de loop van vijf jaar gestegen van gemiddeld 70 naar 90 procent. Daarbij is de praktijkvariatie fors afgenomen tot een standaarddeviatie van 4,5 procent.

Patiëntenstromen en kosten worden door meerdere factoren bepaald dan alleen de elementen die een rol spelen in het project. Wat precies de bijdrage van het project is, kan nauwkeuriger worden bepaald door de cijfers over een langere periode te analyseren en de vergelijking met andere regio's te trekken.

Toekomstige ontwikkelingen

Frequente evaluaties hebben geleid tot aanpassingen in de zorgpaden en ideeën die de zorg nog verder kunnen verbeteren. De wens is om verder door te ontwikkelen en een specialistisch spreekuur in de huisartsenpraktijk te starten, waarbij de internist en de huisarts de diabetespatiënt gezamenlijk zien. Op die manier is het benutten van elkaars deskundigheid nog beter te realiseren en wordt beoogd om nog meer patiënten dicht bij huis in de eerste lijn te behandelen.