

Tijdig terugverwijzen en de zorg d

Mensen blijven na een hartinfarct of bij pijn op de borst vaak onnodig lang onder controle in het ziekenhuis. Uit een recente pilot in Utrecht blijkt dat 20 tot 35 procent van hen eerder terugverwezen kan worden naar de eerste lijn, mits de zorg daar goed op orde is. De grote verrassing was dat bijna alle mensen die terecht nog bij de cardioloog onder controle zijn, in aanmerking komen voor gedeelde zorg: medische controle bij de cardioloog en leefstijlbegeleiding in de huisartsenpraktijk. Dat pleit voor een gezamenlijke aanpak.

Hoe kunnen we de zorg voor mensen na een hartinfarct of bij pijn op de borst effectiever en patiëntgerichter organiseren? Deze vraag leidde eind 2013 tot een pilot van een jaar waaraan de eerstelijns zorggroep Huisartsen Utrecht Stad (HUS) en drie Utrechtse ziekenhuizen – St. Antonius, Diaconessenhuis en UMC Utrecht – deelnamen. Doel van de pilot was het bieden van zorg op de juiste plek. Twaalf HUS-praktijken met een gestructureerd CVRM-spreekuur (cardiovasculair risicomangement) selecteerden uit hun patiëntenbestand die patiënten waarvan zij inschatten dat zij terugverwezen konden worden naar de eerste lijn. Niet bij alle patiënten was dat meteen duidelijk. Na twee casuïstiekbesprekingen over de twijfelgevallen kwamen huisartsen en cardiologen samen tot de conclusie dat 20 tot 35 procent van de 650 geselecteerde patiënten terug kon naar de huisarts. Tot ieders verrassing concludeerden ze ook dat bijna alle patiënten (zo'n 95 procent) die onder controle zijn bij de cardioloog in aanmerking kwamen voor gedeelde zorg.

Gedeelde zorg

'Een openbaring', zegt Monique Prinszen die als kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten initiatiefnemer was van de pilot. 'Bijna iedere stabiele patiënt is geschikt voor gedeelde zorg. Dat is winst, want

in de huisartsenpraktijk is er meer aandacht voor leefstijl en de zorg wordt gestructureerd en dichtbij huis aangeboden.' Nu gebeurt de begeleiding van mensen met chronische ziekten veelal óf in de eerste óf tweede lijn. De zorgstandaarden spreken over samenwerking en afstemming, maar dat krijgt in de praktijk nog onvoldoende invulling. Eerste en tweede lijn blijven grotendeels gescheiden werelden. Vooral gewoonten en organisatorische factoren bepalen waar een patiënt in zorg is, niet de

concrete situatie van de patiënt. Doordat leefstijlbegeleiding in de tweede lijn veelal ontbreekt, wordt de zorg lang niet altijd conform de zorgstandaard geleverd.

Twijfels bij cardiologen

Gedeelde zorg is nieuw en dus even wennen, voor de huisarts, voor de cardioloog en voor de patiënt. Zo is het van belang dat alle huisartspraktijken een gestructureerd CVRM-spreekuur implementeren. Prinszen: 'Eén vraag van de deelnemende cardiologen kwam steeds terug: hoe weet ik zeker dat de



*'Met een gestructureerd CVRM-spreekuur
verdwijnen patiënten niet tussen wal en schip'*

patiënt ook echt bij een huisarts komt die CVRM-zorg kan bieden? Zolang er nog veel praktijken zijn die niet werken volgens de Zorgstandaard CVRM blijft dat twijfels oproepen bij cardiologen'. Prinszen heeft daar begrip voor. 'Het is ook voor de huisartsen zelf een belangrijk aandachtspunt. Een gestructureerd CVRM-spreekuur zorgt ervoor dat patiënten niet tussen wal en schip verdwijnen.' Dat dit nu wel gebeurt, bleek ook uit de pilot: de patiëntenpopulatie was veel minder goed in beeld dan verwacht. Ongeveer twintig procent van de patiënten bleek na dossieronderzoek

elen



Vilans



Het primaire doel van de CVRM-pilot in Utrecht is: betere kwaliteit van zorg, op de juiste plek en tegen zo mogelijk lagere kosten. De pilot geeft hiervoor nieuwe handvatten en kansen. (Foto: Vilans)

van de tweede lijn al te zijn terugverwezen of daar zelfs niet bekend te zijn. Prinssen hoopt dat de vaststelling van een DBC voor gedeelde zorg die eind van het jaar wordt verwacht, een impuls gaat geven. 'Er kunnen dan veel meer praktijken aan de slag met gedeelde zorg, onder voorwaarde dat zij de CVRM-zorg op orde hebben.'

Regionale Transmurale Afspraken

Ook voor de drie betrokken cardiologen ligt er een uitdaging om hun collega's in de maatschappen te overtuigen. In Utrecht is gekozen voor Regionale Transmurale Afspraken (RTA) om de afspraken rond gedeelde zorg bestuurlijk te bekrachtigen, zowel in de zorggroep,

als in de ziekenhuizen. Prinssen: 'Het is een taai proces, maar het is mijn indruk dat we nu een goede basis hebben en iedereen het ook graag wil.' De ervaring dat de professionals tijdens de pilot naar elkaar toegroeiden draagt daar zeker aan bij. 'Door bijvoorbeeld samen casuïstiek te bespreken ontstond er een vertrouwensband. Bovendien heeft het ook een leereffect voor de eerste lijn. Dat is grote winst voor de zorg.'

Wat vinden patiënten?

En de patiënten, wat vinden die ervan? In een spiegelgesprek met cardiologen en huisartsen benadrukten zij de communicatie en de veiligheid. Patiënten verwachten van zorgverleners dat zij

duidelijk maken dat een controle bij de huisarts veilig is en geen verschil maakt in kwaliteit. 'Maar ook moeten patiënten kunnen meebeslissen waar zij onder controle willen zijn', aldus één van hen. 'Volgens mij is het een overgangssituatie', reageert Prinssen. 'Patiënten die al jaren naar de cardioloog gaan en dan ineens naar de huisarts worden gestuurd, vinden dat soms ingewikkeld. Dat is begrijpelijk. Maar voor nieuwe patiënten ligt dat anders, omdat de huisarts en de cardioloog er dan vanaf het begin eenduidig over communiceren.'

Nieuwe handvatten

Tot slot de kosten. Gedeelde zorg leidt tot meer zorg op de juiste plek, maar de kost gaat voor de baat uit. Er zijn kosten gemoeid met de implementatie en de gedeelde zorg zelf. Op termijn, zo is de verwachting, is het echter kostenneutraal of zelfs kostenbesparend. Denk aan snellere terugverwijzing naar de eerste lijn en minder recidieven als gevolg van de goede leefstijlbegeleiding. En dus minder opnames, minder dure onderzoeken en medicatie en minder revalidatiekosten. Overigens is substitutie niet het primaire doel. Het primaire doel is: betere kwaliteit van zorg, op de juiste plek en tegen zo mogelijk lagere kosten. De pilot geeft hiervoor nieuwe handvatten en kansen. <<

Monique Prinssen, huisarts in Utrecht en kaderhuisarts HVZ

Angelien Borgdorff, projectleider HUS
Marjolein Rebel, adviseur Vilans

De pilot maakte deel uit van een programma van het Platform Vitale Vaten in het kader van de implementatie van de Zorgstandaard VRM: www.vitalevaten.nl. De begeleiding was in handen van Vilans. De Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG) leverde een financiële bijdrage.