

ZOWEL PATIËNTEN ALS ZORGVERLENERS PROFITEREN VAN EEN UNIFORME AANPAK IN HET MUMC+

Win-win voor patiënten met lagerugklachten

Rugklachten komen zeer frequent voor. De zorg voor deze patiënten is echter versnipperd en weinig uniform. Een anderhalvelijnsproject toont een win-winsituatie voor alle betrokkenen.

Lagerugklachten behoren in Nederland tot de meestvoorkomende aandoeningen en zijn de belangrijkste reden voor werkuitval en arbeidsongeschiktheid. Van alle rugpatiënten ervaart 62 procent na een jaar nog steeds klachten. De ruggerelateerde zorguitgaven worden geschat op 1,3 miljard euro per jaar, waarvan bijna 500 miljoen in de tweede lijn wordt besteed. De zorg voor rugpatiënten is zeer versnipperd en niet uniform. Patiënten worden niet juist verwezen, blijven te lang in de tweede lijn of worden niet volgens het biopsychosociale model geanalyseerd. Ook het geadviseerde *stepped care*-principe (zie kader *Zorgstandaard chronische pijn*) is (nog) niet landelijk geïntegreerd. Doordat ieder specialisme vanuit zijn eigen perspectief kijkt, zijn er veel onnodige verwijzingen. En omdat patiënten vaak niet meteen naar het juiste loket worden verwezen, is er veel ‘*medical shopping*’. Ten slotte is er veel praktijkvariatie, omdat er geen standaardintake en geen standaardbehandelvoorstel is.

Inhaalslag

Trends en ontwikkelingen op het gebied van medisch-specialistische zorg, chroni-

Uniformiteit en het spreken van dezelfde taal zijn essentieel

sche pijn, maar ook specifiek lagerugpijn volgen elkaar in hoog tempo op. Dat vereist een inhaalslag van de tweede en derde lijn. Nieuwe landelijke ontwikkelingen zoals een veranderde verwijsstroom van patiënten (NHG-Standaard 2017), de lan-

cering van de Zorgstandaard chronische pijn (april 2017), de bekostigingssystematiek, de ondertekening van de Health Deal door ministerie VWS (om de toepassing van zorginnovaties te versnellen) en recentelijk gepubliceerde lagerugpijn-artikelen in *The Lancet* maken een innovatieve en eenduidige aanpak van het zorgproces nodig.

Het implementeren van deze nieuwe richtlijnen, visies en doelen is belangrijk, maar sorteert weinig effect als het zorgnetwerk versnipperd is en orde en structuur ontbreken. Uniformiteit en het spreken van dezelfde taal zijn essentieel om gestructureerd te kunnen samenwerken. Het denken en handelen vanuit een specialisme moet plaatsmaken voor een samenwerking die specifiek focust op de aandoening lagerugklachten en de individuele behoefte van deze patiënt. Het is deze transitie van *specialist state* naar *disease state* die het mogelijk maakt de zorg voor deze complexe en omvangrijke

Zorgstandaard chronische pijn

Deze zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een actuele en waar mogelijk evidencebased beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg. Dit betreft ook de ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde chronische ziekte, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren. De zorgstandaard is gebaseerd op het biopsychosociale model (multidisciplinair), volgens het *stepped care*-principe en met een individueel zorgplan voor de patiënt.



De rugpatiënt in het Maastricht UMC+ krijgt één verhaal te horen, ongeacht door welke discipline hij wordt behandeld.

patiëntenpopulatie overzichtelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden.

Reorganisatie

Het Maastricht UMC+ (MUMC+) is in 2016 gestart met een reorganisatie van het zorgproces voor patiënten met lagerug-

pijn. Specialisten ontwikkelden samen met patiënten een multidisciplinair zorgpad waarbij de patiënt en zijn rugklacht centraal staan. De huisarts of de tweede lijn verwijst patiënten met aanhoudende rugklachten naar de 'anderhalvelijnsrugpoli'. Gestreefd wordt naar:

1. uniformiteit in anamnese, diagnostiek en behandelbeslissing, 2. specialisme-overstijgende zorg, gebruikmakend van 3. verpleegkundigen met aandachtsgebied 'spine' en 4. digitale zorg (patiëntenvoorlichting aansluitend op bestaande e-healthontwikkelingen).

De anderhalvelijnsrugpoli is opgezet door de afdelingen Orthopedie en Anesthesiologie-pijnbestrijding van het MUMC+. Orthopedisch chirurgen, anesthesiologen-pijnspecialist, een neuroloog-pijnspecialist en een physician assistant werken daar nauw samen. Dit wordt gerealiseerd door middel van multidisciplinair overleg, gestandaardiseerde ICHOM-vragenlijsten voor intake (HADS, PCS, QoL), screening op *red flags* en het vervaardigen van een discipline-overstijgende anamnese, lichamelijk onderzoek en diagnostiek. Het screenen op *red flags* (zoals profuus nachtzweeten, onverklaarbaar gewichtsverlies) houdt in dat we aan de hand van een aantal gestandaardiseerde vragen (lijsten) proberen uit te sluiten dat er sprake is van een specifieke aanwijsbare oorzaak (bijvoorbeeld auto-immuunaandoening, wervelbreuk, tumor) voor de rugklachten.

Patiënten zonder aanwijzingen voor ernstige onderliggende pathologie worden met uitleg (oorzaak klacht, behandelopties) en geruststelling naar de eerste lijn (rug oefentherapeut, *stepped care*) terugverwezen. Patiënten met aanwijzingen voor ernstige pathologie worden voor nadere beeldvorming naar de tweede lijn doorverwezen en komen daar bij de juiste specialist terecht. Samen beslissen en aandacht voor zelfmanagement van de patiënt zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. De rugpatiënt krijgt één verhaal te horen, ongeacht door welke discipline hij wordt behandeld.

Besparing

In 2017 zijn op de anderhalvelijnsrugpoli vierhonderd patiënten gezien. Circa 90 procent van hen kon met een advies terug naar de eerste lijn; slechts een klein deel werd in het ziekenhuis behandeld. Dit effect is te objectiveren door te kijken naar ruggerelateerde DOT's (dbc's op weg naar transparantie) vóór en ná implementatie van de anderhalvelijnsrugpoli.

Het aantal 'voorkombare' DOT's (die niet in het ziekenhuis hoeven te worden gezien), gerelateerd aan specifieke lagerugklachten, werd over een periode van twaalf maanden ziekenhuisbreed met

45 procent gereduceerd.

Door de reductie van deze voorkombare patiëntencontacten in de tweede lijn zijn de zorgkosten binnen het ziekenhuis met ongeveer 100.000 euro per jaar afgenomen. Deze besparing kan in de toekomst oplopen tot 300.000 euro als het aantal lagerugpatiënten dat nu nog door de huisarts direct naar de tweede lijn wordt verwezen, nog verder afneemt. De vrijgekomen capaciteit in de tweede lijn kan worden ingezet voor zorg die daadwerkelijk in de tweede lijn moet plaatsvinden en de toegang tot deze zorg voor de juiste patiënt verbeteren.

Deze reorganisatie van zorg heeft ook de doorlooptijd verbeterd en het aantal dubbelconsulten verminderd. *Time to diagnosis* is op dit moment twee tot drie weken, terwijl patiënten voorheen vaak maanden tot zelfs jaren door meerdere specialisten in het ziekenhuis werden gezien. Hierdoor wordt de ziekenhuiscapaciteit beter benut.

De doorlooptijd is verbeterd en het aantal dubbelconsulten verminderd

Zowel patiënten als professionals zijn meer tevreden over deze werkwijze. De patiënt wordt niet meer van het kastje naar de muur gestuurd, overbehandeling wordt vermeden en er wordt één duidelijk verhaal verteld. De zorg is bovendien zeer toegankelijk voor de patiënt, omdat het anderhalvelijnsconsult niet onder het eigen risico valt. De huisarts kan gebruikmaken van een centraal verwijspunt en wordt in het advies gesterkt door meerdere specialisten. De specialisten beschikken met deze uniforme en multidiscipli-

naire setting over tijd en middelen die essentieel zijn bij het aanbieden van de juiste zorg voor deze specifieke patiëntengroep. Daarnaast kan de specialist zich in de tweede lijn weer uitsluitend bezighouden met zorg die ook in het ziekenhuis thuishoort ('zinnige zorg').

Veelbelovend

Samenvattend heeft onze reorganisatie geleid tot een sterke afname van onnodige ziekenhuisbezoeken, patiënttevredenheid, een aanzienlijke verkorting van *time to diagnosis* voor patiënten en een besparing op ziekenhuiskosten en ruimte om ziekenhuiscapaciteit waardevoller te benutten.

De anderhalvelijnsrugpoli is een van de eerste effectieve praktische implementaties van de nieuwe richtlijnen voor rugpatiënten en een eerste stap richting *value based healthcare*. De resultaten zijn veelbelovend en bieden inzichten voor verdere optimalisatie. Onze ambitie is om een regionaal zorgnetwerk op te zetten, waarin eerste en tweede lijn nog beter samenwerken om patiënten met rugpijn snel op de juiste plek de juiste zorg te bieden. In de toekomst gaan we de zorg uitbreiden met een digitaal platform voor de patiënt. Daarvan maken de ICHOM-vragenlijst, patiënteninformatie, een tool voor shared decision making, zelfmanagement en een evaluatie van het zorgproces deel uit.*■

* Evaluatie van het zorgproces vanuit patiëntenperspectief, gemeten met kwaliteitsdomeinen uit de QIPPP-vragenlijst (Quality Indicators Pain Patients' Perspective).

contact

dion.branje@mumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.