

Beatrixziekenhuis zet volgende stap naar ambulante behandeling

Zwangerschapsmisselijkheid behandelen kan prima thuis

Als vrouwen tijdens een zwangerschap zo misselijk zijn dat rehydratie nodig is, werden ze vroeger opgenomen. Tegenwoordig kiest men doorgaans voor een dagbehandeling. Het Beatrixziekenhuis experimenteerde met thuisbehandeling.

Vrouwen vinden dat prettiger en het scheelt in de kosten.

Rob Mooij

gynaecoloog, Beatrixziekenhuis, Rivas Zorggroep, Gorinchem

Eva van Leeuwen

adviseur zorg, Beatrixziekenhuis, Rivas Zorggroep, Gorinchem

Marjolein Oosterhof

kinderarts, penningmeester/secretaris vereniging medische staf, Beatrixziekenhuis, Rivas Zorggroep, Gorinchem

Veel vrouwen hebben in het begin van de zwangerschap te maken met hyperemesis gravidarum of zwangerschapsmisselijkheid. Bij 2 procent

van hen is het zo ernstig dat intraveneuze rehydratie nodig is om de vochtthuishouding te herstellen. Vroeger werden ze hiervoor veelal opgenomen, maar tegenwoordig bieden veel ziekenhuizen rehydratie aan in (herhaalde) dagbehandeling, waarbij vrouwen per dag enkele uren in het ziekenhuis zijn en verder thuis. Deze behandeling is goedkoper, doet minder beslag op de capaciteit van de klinische

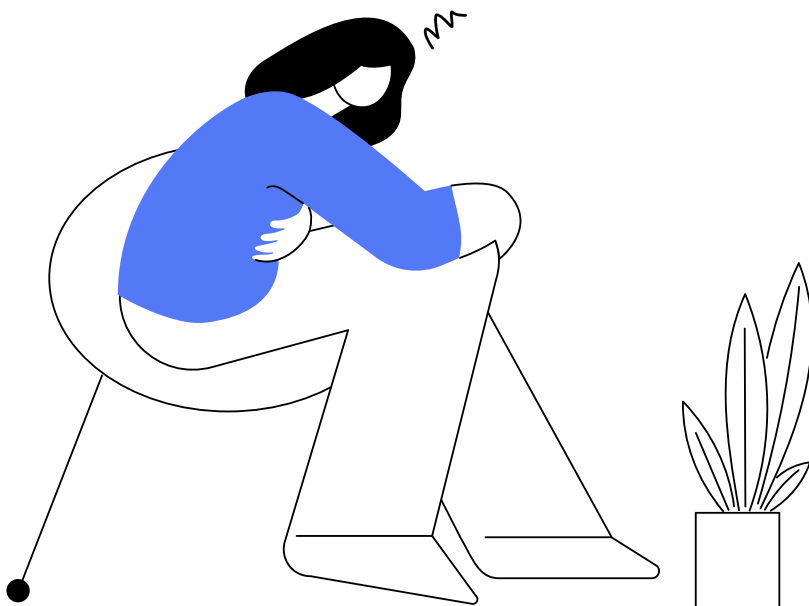
afdeling, en bovendien vinden veel vrouwen het prettiger dan een klinische opname.

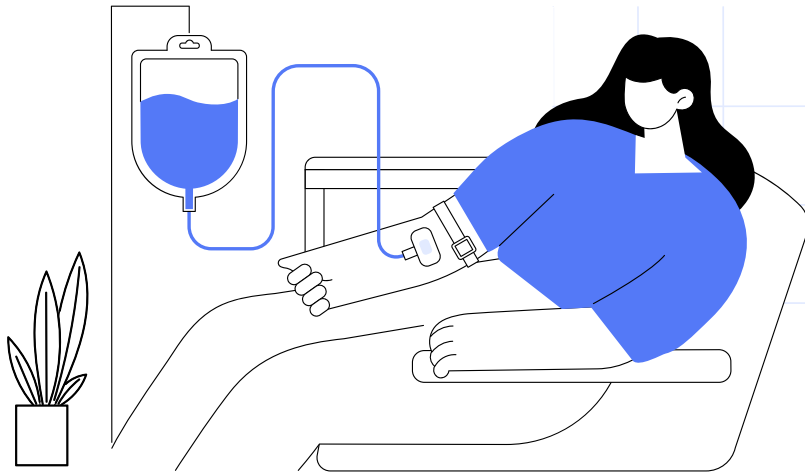
Behandeling thuis gaat nog een stap verder dan dagbehandeling als het gaat om patiëntvriendelijkheid. Het past binnen het beleid om zorg naar de eerste lijn te verplaatsen, maar thuisbehandeling is moeilijker te organiseren. In ons ziekenhuis werden vrouwen tot 2021 nog opgenomen in de kliniek omdat de capaciteit van de dagbehandeling tekortschoot.

Met de beschikbaarheid van een ambulant verpleegtechnisch team (AVT) binnen de Rivas Zorggroep konden we vrouwen thuis gaan behandelen en sinds oktober 2021 bieden we rehydratie thuis aan als de standaardbehandeling voor vrouwen die dit willen.

Diagnose

De huisarts of verloskundige verwijst vrouwen naar ons ziekenhuis. Op het spoedspreekuur worden ze gezien door een gynaecoloog. Hyperemesis gravidarum is een diagnose per exclusionem; we nemen een anamnese af en verrichten laboratoriumonderzoek (bloedbeeld, elektrolyten, leverfunctie en bij aanhoudende klachten ook schildklierfunctie). Met een echo wordt de vitaliteit van de zwangerschap bevestigd. Hoewel de ernst van de misselijkheid vooral subjectief wordt bepaald, wegen we patiënten en meten we de ketonlichamen in hun urine om hun klinische toestand in te schatten. Patiënten met elektrolytstoornissen of een verdenking op onderliggende pathologie en patiënten die niet in het werkgebied van het AVT wonen, komen niet in aanmerking voor thuisbehandeling. Om logistieke redenen starten we de thuisbehandeling alleen tijdens kantooruren. In het ziekenhuis wordt een infuus geprikt en de vrouwen krijgen thuis de eerste dag tweemaal bezoek van een gespecialiseerde verpleegkundige die met een draagbare pomp 3 liter NaCl toedient. De volgende dagen wordt de hoeveelheid NaCl afgebouwd en uiteindelijk na drie tot vijf dagen gestopt als de patiënte is opgeknapt. Hierna volgt een telefonische evaluatie. Zijn er dan





nog klachten, dan volgt alsnog een klinische opname waarbij we kijken of sondevoeding een optie is. Behalve rehydratie krijgen de vrouwen anti-emetica, een folder met adviezen, links naar patiëntenverenigingen en indien gewenst een telefonisch consult met een diëtist.

Het past binnen het beleid om zorg naar de eerste lijn te verplaatsen

Thuisbehandeling

In het eerste jaar hebben we 29 patiënten met hyperemesis gravidarum behandeld. Bijna een derde van hen kreeg meerdere behandelingen omdat de klachten aanhielden. Er zijn 36 episodes van uitdroging beoordeeld; vijf patiënten waren niet geschikt voor thuisbehandeling. Van 31 episodes die geschikt waren voor thuisbehandeling, werden patiënten 19 maal ambulante behandeld (17 patiënten, 81 behandeldagen). Zeven keer volgde na de ambulante behandeling een klinische opname; vijf keer vanwege onvoldoende respons op ambulante behandeling, één keer vanwege obstipatie en één keer vanwege een infectie.

Bij 18 van de 29 vrouwen bleek thuisbehandeling mogelijk. In deze pilot konden we

alleen met een ambulante behandeling starten tijdens kantoortijden; zeven vrouwen werden opgenomen omdat ze buiten kantoortijden rehydratie nodig hadden. Er waren ook enkele patiënten met wie buiten kantoortijden contact was en die met het vooruitzicht op thuisbehandeling pas tijdens kantoortijden rehydratie nodig hadden. Er waren geen patiënten die kozen voor een opname als ambulante ook mogelijk was.

Als in de toekomst thuisbehandeling bekender wordt, verwachten we de zorgvraag vaker binnen kantoortijden te kunnen afhandelen. Inmiddels kijken we ook naar mogelijkheden om de opstarttijden te verruimen nu het AVT meer ervaren is in het opstarten van de behandeling. We verwachten dus dat in de toekomst meer vrouwen die daarvoor in aanmerking komen ambulante te kunnen behandelen. Drie patiënten konden geen thuisbehandeling krijgen omdat het AVT niet voldoende capaciteit had en één patiënte moest klinisch behandeld worden omdat zij buiten het adherentiegebied van het ziekenhuis en het werkgebied van het AVT woont.

Patiënten waren enthousiast, met name de vrouwen voor wie bij een vorige zwangerschap een klinische opname de enige optie was. (Voorheen waren er in ons ziekenhuis nauwelijks mogelijkheden voor dagbehandeling.) Ze vonden het fijn dat ze nu in een vertrouwde omgeving behandeld werden en lichte werkzaamheden konden doen. Meerdere vrouwen waren bij een eerdere zwangerschap opgenomen en konden

beide behandelingen vergelijken. Eén patiënt vond dat ze thuis niet genoeg rust kreeg, de overige vrouwen waren meer tevreden over de behandeling thuis.

Minder te declareren

In het algemeen is thuisbehandeling niet per definitie goedkoper dan dagbehandeling of klinisch. De kosten van behandeling thuis zijn afhankelijk van de kosten van de medicatie, de apparatuur en de tijdsinvestering van verpleegkundigen. Op basis van vooraf gemaakte berekeningen verwachtten we voor dit project in totaal minder kosten te declareren dan voor een klinische opname; na een jaar bleek het geschatte declaratiebedrag 6,2 tot 21,7procent lager uit te vallen. Ons ziekenhuis heeft een beperkte capaciteit voor dagopnames (zowel op de afdeling dagbehandeling als op de afdeling verloskunde) en het AVT opereert in het gehele adherentiegebied. We konden de thuisbezoeken efficiënt inplannen bij het AVT, terwijl dagbehandeling lastiger te realiseren was. In een ander ziekenhuis kan dagbehandeling voordeliger uitvallen dan ambulante.

Aangezien ons ziekenhuis voor een groot deel een productieafhankelijk lumpsumcontract heeft met de verzekeraars is deze besparing slechts virtueel. Het verminderde aantal klinische opnames is zo beperkt en onvoorspelbaar dat er geen besparing in het aantal verpleegkundigen tegenover staat en de extra capaciteit levert ook geen extra geld op. Voor de zorgverzekeraars geldt hetzelfde. Dus hoewel vaste prijsafspraken de productieprikkel verminderen en daarmee de zorgkosten kunnen beperken, is er geen prikkel om te innoveren. Dit dilemma werd besproken met de voor ons ziekenhuis belangrijkste zorgverzekeraar VGZ; zij gingen akkoord met declaraties van de extra kosten die door het AVT werden gemaakt en die niet konden worden gedeclareerd. Op deze manier konden wij met dit project starten en laten zien dat het patiëntvriendelijker én kostenbesparend is.

We hopen dat we met deze pilot de potentie van thuisbehandeling hebben kunnen laten zien en dat dit op meer plekken als standaardbehandeling kan worden ingevoerd. ●

contact

r.mooij@rivas.nl

cc: redactie@medischcontact.nl



→ Meer informatie over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.