

Goed dossieronderzoek levert kwaliteit en geld op

Managen hartrisiko's moet selectief

Ellen Huijbers,
kaderhuisarts hart- en
vaatziekten DOH

Arnold Romeijnders,
medisch directeur PoZoB

Maarten Klomp,
medisch directeur DOH

Correspondentieadres:
a.vanoorschot@doh-huisarts.nl;
c.c.: redactie@medischcontact

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De introductie van een zorgprogramma begint met een selectie van hoogrisicopatiënten. De kwaliteit van de selectie is allesbepalend, zo bleek in Zuidoost-Brabant.

In Zuidoost-Brabant verlenen twee zorggroepen samen zorg aan 500.000 patiënten: De Ondernemende Huisarts (DOH) en Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant (PoZoB). Zij delen hun expertise bij het ontwikkelen van nieuwe zorgprogramma's zoals voor astma, COPD, CVRM en zeer recentelijk ouderenzorg. Verder vindt veelvuldig afstemming plaats met zorgverzekeraars CZ en UVIT. Vanaf 2009 hebben DOH en PoZoB het zorgprogramma CardioVasculair Risicomanagement ontworpen. Ook dat gebeurde in nauwe samenwerking met UVIT en CZ. Implementatie betekende een combinatie van scholingen, praktijkbezoeken, feedbackbijeenkomsten en grondig dossieronderzoek op basis van zogeheten HIS-extractie (relevante gegevens selecteren uit het Huisarts-Informatie-Systeem). Vooral dat laatste bleek van cruciaal belang voor een goed inzicht in de patiëntenpopulatie. Die

bleek aanmerkelijk kleiner uit te vallen dan bij andere zorggroepen.

De DBC is gebaseerd op de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement van Vitale Vaten, de CBO-consensus en de NHG-Standaarden. Zij beschrijft de inhoud en organisatie van het cardiovasculair risicomanagement en de zorg voor de eventueel aanwezige cardiovasculaire ziekte. De DBC kent aparte modules voor patiënten met een verhoogd vasculair risico (VVR) en patiënten met een cardiovasculaire ziekte (CVZ). Een patiënt kan geïncordeerd worden in de module VVR in geval van hypertensie of hypercholesterolemie en tevens

een SCORE (risicometer die het 10-jaarsrisico op overlijden berekent) van > 5%, of als er harde criteria zijn om te behandelen onafhankelijk van de SCORE. Dit laatste is het geval bij een systolische bloeddruk > 180 of cholesterol > 8. Patiënten met een SCORE < 5% worden niet geïncordeerd.

Inclusie in de module CVZ vindt plaats als de patiënt een cardiovasculaire ziekte heeft waarvoor de huisarts hoofdbehandelaar is. In overleg met de zorgverzekeraars is afgesproken dat patiënten die zowel in de eerste als in de tweede lijn worden behandeld voor een cardiovasculaire ziekte (*shared care*) voornamelijk niet in de DBC worden opgenomen. Ook worden in de DBC geen patiënten met diabetes opgenomen, omdat het vasculair risicomanagement al deel uitmaakt van de DBC DM (diabetes mellitus). Elke patiënt krijgt een individueel zorgplan, waarin ook de comorbiditeit wordt opgenomen. Er wordt aandacht besteed aan zelfmanagement en waar nodig wordt de zorg afgestemd met de andere zorgverleners.

Dossieronderzoek

Voorafgaand aan de start verrichtte elke praktijk een uitgebreid dossieronderzoek. Daarbij werden eerst patiënten met bepaalde ICPC- of ATC-codes (classificatiesystemen voor medische gegevens – diagnosecategorieën – en geneesmiddelen), die gerelateerd kunnen zijn aan verhoogd cardiovasculair risico, uitgeselecteerd. Dit was ongeveer 21 procent van de praktijkpopulatie. Van al deze patiënten werd het dossier geopend, al hun vasculaire risico's en diagnoses geverifieerd en behandelindicaties uit het verleden (vóór de intrede van de

**Scherpe inclusiecriteria
voorkomen onnodige zorg**

daarden. Zij beschrijft de inhoud en organisatie van het cardiovasculair risicomanagement en de zorg voor de eventueel aanwezige cardiovasculaire ziekte. De DBC kent aparte modules voor patiënten met een verhoogd vasculair risico (VVR) en patiënten met een cardiovasculaire ziekte (CVZ). Een patiënt kan geïncordeerd worden in de module VVR in geval van hypertensie of hypercholesterolemie en tevens

SCORE-systematiek) nog eens tegen het licht gehouden. Waar nodig werd alsnog een SCORE opgemaakt. Ook is gekeken wie voor welke aandoening de hoofdbehandelaar was. De benodigde tijdsinvestering voor dit dossieronderzoek bedroeg gemiddeld vijftig uur per

normpraktijk. Dit vraagt om een uitbreiding van de formatie voor praktijkondersteuning, die ook na het dossieronderzoek nodig blijft voor de invoering van de DBC zelf.

Keuzes

Bij het ontwerpen van de DBC hebben we een aantal keuzes gemaakt. Zo is de behandeling van de cardiovasculaire ziekten onderdeel gemaakt van de DBC, omdat we vinden dat risicomanagement en behandeling in de eerste lijn niet gescheiden kunnen worden (dit in tegenstelling tot de tweede lijn, waar vaak wel twee afzonderlijke DBC's worden geopend). Daarnaast hebben we – anders dan sommige andere zorggroepen – scherpe inclusiecriteria geformuleerd aan de onderkant van de DBC, te weten een SCORE van 5 procent met minstens ook een verhoogd RR (relatief risico) of cholesterol. Dit leidt tot exclusie van patiënten met een laag risico die naar de huidige inzichten meestal geen medicamenteuze behandeling behoeven. Dat voorkomt onnodige zorg en bespaart kosten.

Ten slotte hebben we geen patiënten toegelaten die ook in de tweede lijn onder behandeling zijn, en waarbij de medisch specialist hoofdbehandelaar is. Bij hen is het vasculair risicomanagement in de tweedelijns-DBC opgenomen. In de praktijk ziet de orgaanspecialist de patiënt doorgaans eenmaal per jaar en komt de patiënt voor tussentijdse controles al bij de huisartspraktijk. Dat gebeurt dan buiten de DBC.

Uitkomsten

De uitkomsten van het dossieronderzoek van de eerste 65 praktijken die op 1-1-2011 de DBC hadden ingevoerd staan weergegeven in de *figuur*. Zij geven inzicht in de aantallen patiënten per normpraktijk die uiteindelijk worden geïnccludeerd in de DBC CVRM.

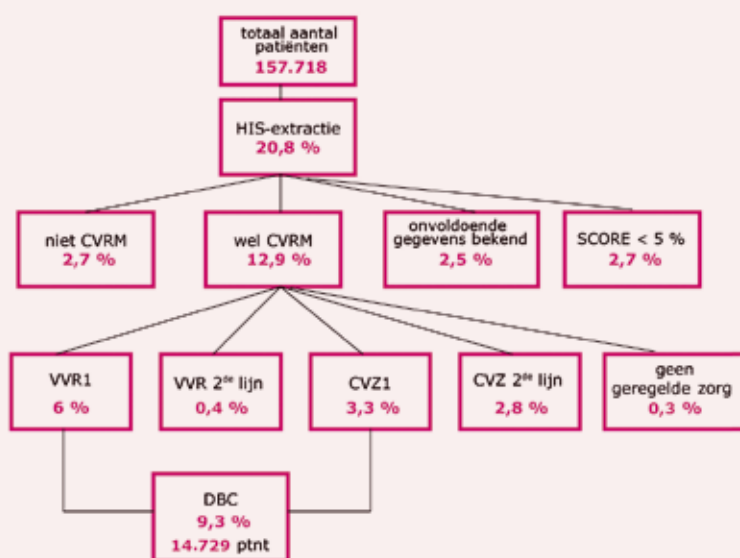
Er vond een extractie plaats onder 157.718 patiënten. Bij 32.842 (20,8%) patiënten werd vervolgens dossieronderzoek gedaan.

Bij 4.292 patiënten (2,7%) bleek geen cardiovasculair risico aanwezig te zijn (redenen: foutieve ICPC-codes, geen validatie van diagnose, medicatie om andere reden dan CVR). Van 4006 patiënten (2,5%) waren op het moment van deze rapportage nog niet alle gegevens bekend. 4225 patiënten (2,7%) hadden een SCORE < 5% en vielen daarmee buiten de DBC.

In totaal 20.318 patiënten (12,9%) hebben wel een verhoogd vasculair risico of cardiovasculaire ziekte.

Hiervan bleken er 9.524 (6%) met een verhoogd vasculair risico (VVR) onder behandeling in de

Resultaten dossieronderzoek



Het zorgprogramma Cardiovasculair risicomanagement is van toepassing op 14.729 van de 157.718 patiënten.



SAMENVATTING

- PoZoB en DOH startten in april 2010 met de DBC CVRM.
- Alle diagnoses en behandelindicaties werden tevoren gevalideerd in een grondig dossieronderzoek, hetgeen cruciaal bleek te zijn voor inzicht in de patiëntenpopulatie.
- 9,3 procent van de praktijkpopulatie kwam uiteindelijk in de eerstelijns-DBC, veel minder dan bij andere zorggroepen.
- Invoer van deze DBC vraagt 0,2 fte (extra) POH-formatie.

eerste lijn en 615 (0,4%) in de tweede lijn. Van de patiënten met een cardiovasculaire ziekte (CVZ) zijn er 5.205 (3,3%) onder behandeling in de eerste lijn, en 4.424 (2,8%) in de tweede lijn. Hoewel een deel van de tweedelijnspatiënten voor het risicomanagement in de eerste lijn is (*shared care*), valt dit volgens afspraak vooralsnog buiten de DBC. Een kleine groep van 550 patiënten (0,3%) wil geen gereguleerde controle of wordt om andere redenen niet geïnccludeerd (bijvoorbeeld hoge leeftijd of ernstige comorbiditeit). Uiteindelijk werden 14.729 patiënten (9,3%) in de eerstelijns-DBC CVRM opgenomen, terwijl dit bij andere zorggroepen kan oplopen tot 20 procent.

Nadere analyse

Het dossieronderzoek bij de start van de DBC bleek heel veel werk, maar gaf ook een enorme kwaliteitsimpuls. Verifiëren van de relevante diagnoses, valideren van de behandelindicaties en het verbeteren van de registratie leidden tot betere uitgangsdagnostiek en dus tot betere zorg voor een grote groep risicopatiënten. Het dossieronderzoek gaf ook beter inzicht in de verschillende groepen patiënten die voor de DBC in aanmerking zouden kunnen komen en gaf de mogelijkheid hierin bewuste keuzes te maken. Dat leidde tot een veel lagere inclusie bij PoZoB en DOH (9,3%) dan in sommige andere zorggroepen (tot 20%).

Dossieronderzoek moet een obligaat onderdeel bij de start van een DBC zijn



Wij pleiten voor een nadere analyse van deze zeer grote verschillen, om heldere keuzes te kunnen maken voor het CVRM-zorgaanbod, en om de diversiteit daarin te verkleinen. Daardoor ontstaat ook een eerlijker benchmark van de kwaliteit en de prijzen van de CVRM-zorg bij de verschillende zorggroepen. Op grond van onze ervaringen concluderen wij dat dossieronderzoek een obligaat onderdeel zou moeten zijn bij de start van deze DBC. Verder hebben we geleerd dat het van belang is om vroegtijdig te beginnen met POH-uitbreiding. Deze DBC kost in onze praktijk 0,2 fte extra POH-formatie, maar is uiteraard mede afhankelijk van de POH-inzet die er tevoren al was voor cardiovasculaire zorg. 



Bekijk ook de MCtv-uitzending over het PreventieConsult bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

veldwerk

Return on investment

In hun drang naar efficiency en kostenbesparingen besteden steeds meer ziekenhuizen delen van hun bedrijfsvoering uit aan commerciële bedrijven. Misschien heeft uw ziekenhuis ook wel een contract gesloten met een bedrijf dat 'alle zorgen uit handen neemt en nog voor minder geld ook'!

Een van die bedrijven is Clinium – ik heb contact gezocht met Clinium, maar ze waren niet bereikbaar voor een reactie – dat zich presenteert als dé specialist voor logistiek en sterilisatie van medisch instrumentarium en steriele hulpmiddelen. Met de belofte van kostenbesparingen tot wel 20 procent worden ziekenhuizen verlok tot het sluiten van een contract met Clinium. Dat lijkt aantrekkelijk, maar niet zelden is de realiteit veel minder rooskleurig. Situaties waar geen sprake is van 20 procent besparingen, maar de kosten voor sterilisatie voor het ziekenhuis met 50 procent omhooggaan, zijn geen uitzondering.

Clinium komt in de acquisitiefase steevast met verrassend gunstige cijfers voor de dag. Ziekenhuizen die overwegen activiteiten uit te besteden, worden met klinkende return on investment (ROI)-cijfers verleid. Alles om u te motiveren activiteiten uit te besteden. Vaak blijkt echter na verloop van tijd dat deze ROI's niet degelijk genoeg zijn. De aannames die uitwezen dat het voor u zeer gunstig zou zijn om uit te besteden worden niet gehaald. En u betaalt de rekening. Onder de indruk van de gouden bergen van Clinium heeft u immers het personeel van uw eigen sterilisatieafdeling al overgedragen aan Clinium en de afdeling zelf ontmanteld. Dan is er vaak geen weg meer terug. Wees niet te goedgelovig als een bedrijf als Clinium u voorrekent dat u veel geld kunt besparen door activiteiten uit handen te geven. Laat u niet verblinden door de gouden bergen die zij u beloven. Want ook gouden bergen hebben diepe afgronden.

Aysel Erbudak,
voorzitter raad van bestuur
Slotervaartziekenhuis

/veldwerk