

Sturing vanuit tweede lijn verhoogt kwaliteit en verlaagt kosten

Specialist aan roer van ketenzorg

dr. Jan Willem van den Berg,
longarts Isala klinieken (op
persoonlijke titel)

Correspondentieadres:
j.w.k.van.den.berg@isala.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Bij de pogingen om de kosten van chronische zorg te beheersen, wordt gefocust op ketenzorg in de eerste lijn. Dat is vreemd, want de meeste kosten ontstaan in de tweede lijn, waar de ernstigste patiënten terechtkomen. Tijd om het roer om te gooien.

De kosten van de gezondheidszorg in Nederland blijven stijgen. Verklaringen hiervoor zijn onder meer een vergrijzende populatie met meer chronische aandoeningen en een toename van technische en therapeutische mogelijkheden. De huidige financieringsstructuur van de tweede lijn – DBC's voor medisch specialisten en functionele budgettering (FB) voor ziekenhuizen – voldoet slecht voor chronische ziekten. Goede zorg wordt namelijk niet beloond. Het in het ziekenhuis opnemen van patiënten levert geld op, het uit het ziekenhuis houden niet. En het ontbreekt ondernemende medische specialisten en instellingen aan financiële armslag om zelf de specialistische zorg voor chronische ziekten opnieuw in te richten en te verbeteren.

Ketenfinanciering

Veel wordt verwacht van ketenfinanciering waarbij de huisarts hoofdaannemer is. Bij nadere beschouwing lijkt me dit een vreemde ontwikkeling. Zo is een van de doelen van ketenfinanciering het betaalbaar houden van de zorg voor chronische ziekten. De meeste kosten van chronisch zieken ontstaan echter niet in de eerste maar in de tweede lijn. Voor het ziektebeeld COPD (chronisch obstructieve longziekte) geldt bijvoorbeeld dat 70 procent van alle kosten veroorzaakt worden door ziekenhuisopnames voor exacerbaties.

Die komen vaker voor naarmate de ernst van de COPD toeneemt. Patiënten met ernstige en zeer ernstige COPD worden vooral in de tweede lijn gecontroleerd, zoals ook in de NHG-Standaard COPD beschreven staat. Een eerstelijnsketen-DBC COPD zou ertoe kunnen leiden dat er meer geld gaat naar de minder zieken, en er dus minder geld overblijft voor de ernstig zieken, die juist de meeste kosten veroorzaken.

Businesscase

Een analyse van gegevens van de Isala klinieken uit 2006 laat zien dat er ook een alternatieve aanpak mogelijk is, die over de gehele linie tot besparing leidt. De resultaten zijn destijds nooit gepubliceerd en de alternatieve aanpak is ook niet ingevoerd, maar de analyse heeft anno 2011 niets aan relevantie ingeboet.

De Isala klinieken en de zorgverzekeraar Achmea gaven destijds aan adviesbureau Gupta Strategists de opdracht een businesscase op te stellen voor patiënten met COPD of diabetes mellitus die in de tweede lijn worden behandeld. Het doel was om te onderzoeken of diseasemanagement (een systematische multidisciplinaire aanpak met meerdere behandelmodaliteiten) en verandering van financiering gepaard kon gaan met kostenbesparing en kwaliteitsverhoging.

De verandering van financiering bestond uit een koptarief, waarbij de zorgverlener voor een bepaalde vergoeding per patiënt alle zorg levert. Voor de verzekeraar schept dit duidelijkheid en kostenstijgingen worden voorkomen.

*Patiënten uit het ziekenhuis
houden, levert geen geld op*



beelden: Frank Muller, HH

Zeven doelmatige of kostenbesparende aanpassingen van de zorg

	achtergrond
1. Vermindering van de voorgeschreven medicatie.	Bij COPD zijn luchtwegverwijdende medicijnen belangrijker dan ontstekingsremmende. Toch krijgen veel patiënten combinatiepreparaten van beide. Dit is volgens de richtlijnen onnodig.
2. Uitbreiding van de revalidatiecapaciteit.	Poliklinische revalidatie halveert het opnamerisico voor een COPD-patiënt en werkt derhalve kostenbesparend. Het wordt echter niet standaard aangeboden.
3. Verlaging van de controlefrequentie.	COPD is een chronische aandoening waarvan de ernst in de tijd fluctueert. Controles op gezette tijden zijn daarom minder zinvol dan controles op indicatie.
4. Versterking van de thuiszorg.	Bij een gemiddelde ligduur van 10 dagen voor een COPD-exacerbatie in 2006, bleken de eerste 4 dagen medisch noodzakelijk. De overige ligdagen dienden ter aansterking en voorbereiding op het ontslag. Dit zou ondervangen kunnen worden door verpleegkundige thuiszorg.
5. Vermindering van het aantal longfunctieonderzoeken.	Bij COPD is er sprake van een uitademingsstoornis. Deze is progressief maar zal op korte termijn weinig variëren. Verder is de correlatie tussen longfunctiestoornis en klachten/beperkingen van de patiënt gering. Herhaald longfunctieonderzoek draagt derhalve niet bij.
6. Inzet van nurse-practitioners.	Veel COPD-zorg verloopt volgens protocol. Verpleegkundig specialisten kunnen dit net zo goed als een medisch specialist.
7. Transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.	Richtlijnen schrijven voor dat de zorgzwaarte de keuze voor de plaats van behandeling bepaalt. Bij iedere patiënt in tweede lijn moeten zorgzwaarte en noodzaak voor specialistische zorg dus steeds heroverwogen worden.

Voor de zorgverleners is dit een economische prikkel tot ondernemerschap en samenwerking.

Voor de businesscase werd gebruikgemaakt van de declaratiedatabase van Achmea en de medische registratiedatabase van de Isala klinieken. Daarnaast werd in nauw overleg met medisch specialisten van de Isala klinieken de literatuur bestudeerd op doelmatigheidsbevorderende of kostenbesparende interventies bij COPD of diabetes mellitus.

In dit artikel wordt alleen de businesscase COPD belicht, maar die kan ook model staan voor diabetes mellitus en andere chronische aandoeningen.

Besparende interventies

In het adherentiegebied van de Isala klinieken (400.000 mensen) woonden in 2005 23.500

Achmea-verzekerden met COPD. Van hen stonden er 6500 ingeschreven bij een huisarts die bij voorkeur naar Isala verwees. 3500 patiënten waren in de Isala klinieken bekend, 1500 patiënten stonden onder controle van de longarts. De kosten (uitgedrukt per patiënt) van alle 6500 patiënten bedroegen gemiddeld 3700 euro in 2005, waarvan 2000 euro voor ziekenhuisopnames en 1250 euro voor medicatie. De kosten van de 1500 longartspatiënten bedroegen gemiddeld 9700 euro (opnames 6200 euro, medicatie 2900 euro).

20 procent van de COPD-patiënten had meer dan één andere chronische aandoening, waarbij hypertensie het vaakst voorkwam, gevolgd door hart- en vaat-aandoeningen. Op grond van literatuuronderzoek en interviews werden uiteindelijk zeven doelmatige of kostenbesparende aanpassingen van de zorg geselecteerd.



Eerdere artikelen over COPD-ketenzorg vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.



beeld: Ger Loeffen, HH

implementatiebelemmerende factor	omvang	nettobeparing
Voor optimaal rendement zou ook het voorschrijfgedrag van huisartsen moeten worden beïnvloed.	1700 patiënten	170.000 tot 340.000 euro per jaar (100-200 euro per patiënt per jaar).
Veel patiënten hebben moeite met leefstijlinterventies.	120 patiënten	240.000 euro per jaar (2000 euro per patiënt per jaar).
geen.	4500 bezoeken per jaar	202.500-225.000 euro per jaar (45-50 euro per bezoek).
geen.	240 opnames	60.000-228.000 euro per jaar (250-950 euro per opname, afhankelijk van hoeveel thuiszorg wordt ingezet).
Huisartsen krijgen een vergoeding voor (herhaald) spirometrisch onderzoek.	300 patiënten	18.000 euro per jaar (60 euro per patiënt per jaar).
Beperkte beschikbaarheid nurse-practitioners.	1500 patiënten	0 euro (omdat een nurse-practitioner meer tijd investeert per patiënt dan een specialist is er geen financiële winst, maar wel meer aandacht voor de patiënt).
geen; Isala was voor Achmea al <i>best practice</i> -ziekenhuis met 25 procent minder ziekenhuiscontacten dan gemiddeld.	niet bekend	0 euro, situatie al gerealiseerd.

Deze interventies zijn gekwantificeerd op economische waarde en implementatiegemak (zie *tabel*).

Winst

Invoering en borging van dit pakket maatregelen zou uitgaande van de 6500 COPD-patiënten bij Isala een besparing opleveren van

0,7 tot 1,4 miljoen euro per jaar, afhankelijk van welke aannames gevolgd zijn. Dat is een besparing van ongeveer 6 procent van het totale COPD-budget. Verder bleek dat dit scenario niet verliesgevend is voor de andere betrokken partijen, inclusief huisartsen. Deze analyse uit de tweede lijn laat zien dat een krachtige top-downorganisatie van ketenzorg voor chronisch zieken, waarbij de regie ligt bij de specialist en de meeste aandacht uitgaat naar de ernstigst zieke patiënten, zowel tot betere medische zorg leidt als tot financiële doelmatigheidswinst. Het rapport is destijds wegens een bestuurswissel bij Isala niet geïmplementeerd. Nu het eraan uitziet dat volgend jaar alle zorgproducten van longgeneeskunde in het B-segment komen, is het echter weer actueel en biedt het handvatten om de COPD-zorg in de tweede lijn te verbeteren. 

SAMENVATTING

- De Isala klinieken analyseerde een alternatieve benadering van de zorg voor COPD- en diabetespatiënten in de tweede lijn.
- De COPD-analyse toonde aan dat een diseasemanagementprogramma met regie bij de longarts tot substantiële besparingen leidt.
- Het plan is gezien het vooruitzicht dat alle zorgproducten van longgeneeskunde in het B-segment komen, weer actueel.

Zeven doelmatige of kostenbesparende aanpassingen van de zorg

1. Vermindering van de voorgeschreven medicatie.

Achtergrond: bij COPD zijn luchtwegverwijdende medicijnen belangrijker dan ontstekingsremmende. Toch krijgen veel patiënten combinatiepreparaten van beide. Dit is volgens de richtlijnen onnodig.

Implementatiebelemmerende factor: voor optimaal rendement zou ook het voorschrijfgedrag van huisartsen moeten worden beïnvloed.

Omvang: 1700 patiënten.

Nettobesparing: 170.000 tot 340.000 euro per jaar (100-200 euro per patiënt per jaar).

2. Uitbreiding van de revalidatiecapaciteit.

Achtergrond: poliklinische revalidatie halveert het opnamerisico voor een COPD-patiënt en werkt derhalve kostenbesparend. Het wordt echter niet standaard aangeboden.

Implementatiebelemmerende factoren: veel patiënten hebben moeite met leefstijlinterventies.

Omvang: 120 patiënten.

Nettobesparing: 240.000 euro per jaar (2000 euro per patiënt per jaar).

3. Verlaging van de controlefrequentie.

Achtergrond: COPD is een chronische aandoening waarvan de ernst in de tijd fluctueert. Controles op gezette tijden zijn daarom minder zinvol dan controles op indicatie. Implementatiebelemmerende factoren: geen.

Omvang: 4500 bezoeken per jaar.

Nettobesparing: 202.500-225.000 euro per jaar (45-50 euro per bezoek).

4. Versterking van de thuiszorg.

Achtergrond: bij een gemiddelde ligduur van 10 dagen voor een COPD-exacerbatie in 2006, bleken de eerste 4 dagen medisch noodzakelijk. De overige ligdagen dienden ter aansterking en voorbereiding op het ontslag. Dit zou ondervangen kunnen worden door verpleegkundige thuiszorg.

Implementatiebevorderende/-belemmerende factoren: geen.

Omvang: 240 opnames.

Nettobesparing: 60.000-228.000 euro per jaar (250-950 euro per opname, afhankelijk van hoeveel thuiszorg wordt ingezet).

5. Vermindering van het aantal longfunctieonderzoeken.

Achtergrond: Bij COPD is er sprake van een uitademingsstoornis. Deze is progressief maar zal op korte termijn weinig variëren. Verder is de correlatie tussen longfunctiestoornis en klachten/beperkingen van de patiënt gering. Herhaald longfunctieonderzoek draagt derhalve niet bij.

Implementatiebelemmerende factoren: huisartsen krijgen een vergoeding voor (herhaald) spirometrisch onderzoek.

Omvang: 300 patiënten

Nettobesparing: 18.000 euro per jaar (60 euro per patiënt per jaar).

6. Inzet van nurse-practitioners.

Achtergrond: veel COPD-zorg verloopt volgens protocol. Verpleegkundig specialisten kunnen dit net zo goed als een medisch specialist.

Implementatiebelemmerende factor: beperkte beschikbaarheid nurse-practitioners.

Omvang: 1500 patiënten.

Besparing: 0 euro (omdat een nurse-practitioner meer tijd investeert per patiënt dan een specialist is er geen financiële winst, maar wel meer aandacht voor de patiënt).

7. Transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Achtergrond: richtlijnen schrijven voor dat de zorgzwaarte de keuze voor de plaats van behandeling bepaalt. Bij iedere patiënt in tweede lijn moeten zorgzwaarte en noodzaak voor specialistische zorg dus steeds heroverwogen worden.

Implementatiebelemmerende factoren: geen; Isala was voor Achmea al *best practice*-ziekenhuis met 25 procent minder ziekenhuiscontacten dan gemiddeld.

Omvang: niet bekend

Besparing: 0 euro, situatie al gerealiseerd.