

Nederlands Hart Netwerk, voorbeeld van toekomstige zorg?

Een bypass **over de 1e, 2e en 3e lijn**

Het Nederlands Hart Netwerk is een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders uit de 1ste, 2de en 3de lijn met als doel de waarde voor hartpatiënten te maximaliseren. Om dit te realiseren is het van belang om de relevante uitkomsten voor de hartpatiënt in relatie tot de kosten van deze gezondheidszorg te meten en continu te verbeteren.

H.P. Cremers, H.P.A. van Veghel, L.J.H.J. Theunissen, L.R.C. Dekker

Om zowel de kwaliteit van zorg te verbeteren als de zorgkosten te reduceren is in toenemende mate aandacht voor Value Based Healthcare (VBHC) als methodiek om complexe vraagstukken op te lossen. Binnen VBHC staat de waarde voor de patiënt centraal, gedefinieerd als (patiëntrelevante) uitkomsten gedeeld door de kosten voor de geleverde zorg. Om waarde voor de patiënt te kunnen bieden zijn zes componenten gedefinieerd, waaronder 'integrate care delivery across separate facilities' (1). Deze aanpak heeft veel potentie om de waarde voor de patiënt te verhogen door het verminderen van versnipperde en dubbele procedures in de zorg (1). Ten gevolge van de institutionalisering van de Nederlandse gezondheidszorg, lijkt het integreren van zorgsystemen tot nu toe moeilijk haalbaar. Echter, het vormen van netwerken met zorgaanbieders uit de 1ste, 2de en 3de lijn (oftewel ketensamenwerking) met de focus op patiëntwaarde biedt mogelijk een goede oplossing.

Transmurale zorgstandaarden

Internationale voorbeelden zoals de Martini Klinik, het Texas Children Hospital of het Migraine Centrum in Duitsland tonen aan dat VBHC niet alleen leidt tot een verbetering van de uitkomsten voor de patiënt (o.a. sterke re-

ductie van mortaliteit voor zowel complexe als veelvoorkomende ziekten), maar ook tot een aanzienlijke afname van de zorgkosten (2,3). Hoewel deze resultaten aantonen dat VBHC een veelbelovende aanpak is, vindt de implementatie hier vooral binnen één instelling plaats. Bij een volledige implementatie dient de gehele keten te worden betrokken om de waarde voor de patiënt continu te bewaken en waar mogelijk verder te verbeteren. Dit kan worden gerealiseerd door gezamenlijk (alle bij het ziektebeeld betrokken zorgaanbieders uit de 1ste, 2de en 3de lijn) transmurale zorgstandaarden te ontwikkelen en toe te passen rondom specifieke patiëntgroepen of ziektebeelden. Een dergelijke zorgstandaard bestaat o.a. uit gedeelde definities, initiële condities van de patiëntengroep, een set van uitkomstindicatoren, afgestemde protocollen, proces- en structuurindicatoren en de beschrijving van de Regionale Transmurale Afspraak. Op deze manier omvat de zorgstandaard de complete aanpak en werkwijze voor zorgaanbieders in zowel de 1ste, 2de en 3de lijn, oftewel een continuüm van zorg.

Met uitzondering van ParkinsonNet (4), wordt een vergelijkbare aanpak tot op heden niet of nauwelijks toegepast bij andere specialismen in Nederland. Bovendien zijn de organisaties in Nederland die de VBHC methodiek toepassen vooral gericht op het meten van de voor patiënten relevante uitkomsten als basis voor verdere verbetering van kwaliteit van zorg (o.a. DICA en Meetbaar Beter). De binnen DICA en Meetbaar Beter gehanteerde methodiek richt zich tot nu toe op de uitkomsten van zorg per centrum waar de behandeling heeft plaatsgevonden. Echter, de implementatie van VBHC vraagt op regionaal niveau om een specifieke aanpak die niet vanzelf tot stand komt.

Identiek proces

In de regio Zuidoost Brabant hebben cardiologen van het Catharina ziekenhuis, Elkerliek ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum en St. Anna ziekenhuis het Nederlands Hart Netwerk (NHN) geïnitieerd. Het NHN is een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders uit de 1ste, 2de en 3de lijn (o.a. cardiologen, huisartsen, verpleegkundigen, ambulancedienst, apothekers, trombosedienst, thuiszorg en diagnostische centra). Daarbij is er ook een intensieve samenwerking met de vier huisartsen zorggroepen in de regio Zuidoost Brabant (PoZoB, DOH, SGE en ELAN). Binnen het NHN zijn netwerken georganiseerd rondom specifieke hartaandoeningen zoals het atriumfibrilleren netwerk, het hartfalen netwerk, het coronairlijden netwerk en het kleplijden netwerk. Om de hoogste waarde voor de patiënt te kunnen creëren wordt binnen ieder netwerk een identiek proces (figuur 1) gevolgd waarin zorgaanbieders uit zowel de 1ste, 2de en 3de lijn participeren.

Implementeren

Binnen ieder netwerk zijn de uitkomsten voor de patiënt leidend. Bij de selectie hiervan zijn de gevalideerde indicatorensets van Meetbaar Beter en ICHOM de primaire bron. Voor de ondersteunende proces- en structuurindicatoren wordt gebruik gemaakt van richtlijnen, protocollen en de laatste wetenschappelijke evidentie voor het ziektebeeld.

Vervolgens wordt per ziektebeeld een transmurale zorgstandaard ontwikkeld (1). Zoals aangegeven bevat de zorgstandaard de complete beschrijving van de aanpak en werkwijze voor zorgaanbieders in de 1ste, 2de en 3de lijn. Op deze manier wordt dezelfde werkwijze gehanteerd door de betrokken zorgaanbieders binnen het NHN.

Na de ontwikkeling is het cruciaal om de zorgstandaarden op de juiste wijze te implementeren binnen de zorginstellingen (2). Om te toetsen of de zorgstandaard is geïmplementeerd zoals afgestemd worden periodiek audits verricht (3). Gebaseerd op de resultaten van de audits worden verbeterplannen (5) opgesteld om de implementatie van de zorgstandaard te optimaliseren (6). Naast de borging van de kwaliteit, vindt hierdoor tevens een continue verbetering van de zorgstandaard plaats (PDCA-cyclus).

Nadat de zorgstandaard is geïmplementeerd worden de kwaliteitsindicatoren periodiek gemeten en geanalyseerd (4). Op basis van deze resultaten wordt het zorgproces verder geoptimaliseerd door het opstellen van een verbeter-

Een hartpatiënt ontvangt overal voor dezelfde klachten dezelfde zorg van optimale kwaliteit

plan (5) om de uitkomsten voor de patiënt verder te verbeteren (6). Het geambieerde resultaat van deze aanpak is dat een hartpatiënt in de hele regio Zuidoost Brabant voor dezelfde klachten dezelfde zorg van optimale kwaliteit ontvangt.

Status

In tabel 1 is de status van het NHN weergegeven. Binnen het atriumfibrilleren netwerk is de transmurale zorgstandaard afgerond en geïmplementeerd in de ziekenhuizen in de regio Zuidoost Brabant op 1 mei 2017. Momenteel wordt besproken hoe de implementatie in de 1ste lijn zal worden gefaciliteerd. De planning is om de zorgstandaard voor hartfalen in het najaar van 2017 af te ronden en te implementeren in de gehele regio Zuidoost Brabant. Om alle hartpatiënten te laten profiteren van de hoogste patiëntwaarde initieert het NHN periodiek nieuwe netwerken. Vandaar dat in het eerste kwartaal van 2017 is gestart met het kleplijden netwerk. In dit netwerk wordt de eerste transmurale zorgstandaard voor kleplijden in Nederland ontwikkeld.

Atriumfibrilleren Netwerk

De transmurale zorgstandaard voor atriumfibrilleren is ontwikkeld door cardiologen, huisartsen en atriumfibrillerenverpleegkundigen,

Wat is al bekend?

Hoewel het institutionele landschap van de Nederlandse gezondheidszorg de laatste jaren veranderd is, bevinden zich nog duidelijke schotten tussen de diverse lijnen van zorg.

Wat is nieuw?

Het bouwen van netwerken om de waarde voor de patiënt te verbeteren is een essentieel onderdeel van de VBHC-strategie en blijkt een realiseerbare opgave voor zorgaanbieders in zowel de 1ste, 2de en 3de lijn. Daarbij is het essentieel om de focus op kostenreductie te verleggen naar de kern van de zorg: het bereiken van de optimale resultaten voor de patiënt. Dit kan worden gerealiseerd door de samenwerking aan te gaan met alle mogelijke betrokkenen rondom een specifieke patiëntgroepen of ziektebeelden (o.a. huisartsen, medisch specialisten, diagnostische centra, apothekers, thuiszorg en de trombosedienst) en daarbij de zorgketen sluitend maken.

Wat kun je ermee?

Het vormen van netwerken van zorgaanbieders rondom de patiënt waarbinnen zowel de uitkomsten voor de patiënt als de kosten gemeten worden, lijkt mogelijkheden te bieden om de waarde per bestede euro verder te verbeteren. Verdere implementatie van deze werkwijze en wetenschappelijke evaluatie zullen moeten aantonen of de VBHC-strategie binnen het NHN daadwerkelijk leidt tot een hogere patiëntwaarde.

Tabel 1: Overzicht status netwerken binnen het NHN.

Onderdelen zorgstandaard	Netwerken binnen het NHN*			
	Af-netwerk	HF-netwerk	CI-netwerk	KI-netwerk
Uniforme definitie	Gereed	Gereed	Gereed	Gereed
Uitkomstindicatoren	Gereed	Gereed	Gereed	Gereed
Initiele conditie	Gereed	Gereed	Gereed	Gereed
Zorgproces (1ste, 2de en 3de lijn)	Gereed	Gereed	Gereed	In ontwikkeling
Protocollen	Gereed	Gereed	In ontwikkeling	
Procesindicatoren	Gereed	Gereed		
Structuurindicatoren	Gereed	Gereed		
Audit	Gereed	In ontwikkeling		
Regionale transmurale afspraak (rta)	Gereed	In ontwikkeling		

* AF= atriumfibrilleren; HF= hartfalen; CI= coronairlijden; KI= kleprijden

Tabel 2: Overzicht van uitkomstindicatoren (incl. beschrijving) in het atriumfibrilleren netwerk.

Uitkomstindicator	Beschrijving van uitkomstindicator
1. Verbetering t.a.v. atriumfibrilleren gerelateerde symptomen (EHRA score)	Percentage van de atriumfibrilleren-patiënten die een verbetering t.a.v. de EHRA score laten zien gedurende herhaalconsulten.
2. CVA of TIA	Het aantal trombo-embolische gebeurtenissen (CVA's of TIA's).
3. Hevige bloedingen	Percentage van patiënten die een (klinische relevante) bloeding hebben ondergaan (in kaart gebracht middels de BARC-index).
4. Opnames (gerelateerd aan atriumfibrilleren)	Percentage van patiënten die de eerste hulp moeten bezoeken of moeten worden opgenomen in het ziekenhuis met atriumfibrilleren gerelateerde symptomen.
5. Kwaliteit van Leven	Aantal patiënten met een toename van de kwaliteit van leven gemeten met de AFEQT-vragenlijst (vergeleken met voorafgaand aan de behandeling).
6. Bijwerkingen van medicatie (anti-aritmica en antistolling)	Percentage van patiënten die serieuze bijwerkingen van de medicatie (anti-aritmica en antistolling) rapporteren (resultierend in wijziging van de behandeling, bezoek aan eerste hulp of opname in het ziekenhuis).

waarbij een uniforme definitie is beschreven voor atriumfibrilleren, gebaseerd op de laatste publicaties van de NHG standaard en de ESC richtlijn. Daarnaast zijn de uitkomstindicatoren (tabel 2) en initiële condities (tabel 3) in kaart gebracht, waarbij Meetbaar Beter is gebruikt als primaire bron (5).

Nadat de basis voor de transmurale zorgstandaard is gelegd, is het zorgproces voor zowel de 1ste, 2de en 3de lijn gedefinieerd. Bij het beschrijven van het zorgproces wordt niet gesproken over de 1ste, 2de en 3de lijns zorg, maar over een continuüm van zorg. Zo heeft het netwerk bijvoorbeeld bij het beschrijven van het optimale proces voor de vier ziekenhuizen een atriumfibrilleren-poli (AF-poli) ontworpen. In vergelijking met een consult bij de cardioloog, worden patiënten via de AF-poli sneller geholpen, ontvangen uitgebreidere in-

formatie van de atriumfibrillerenverpleegkundige (6) en geven een hogere waardering voor de kwaliteit van zorg. De meerwaarde voor de cardioloog is dat betere informatie beschikbaar is om beslissingen op te kunnen baseren en dat de naleving van de richtlijnen wordt verhoogd. Daarnaast toont een vergelijkbaar onderzoek aan dat een AF-poli kan leiden tot een kostenreductie van +/-€735,- per patiënt (7).

Vervolgens worden binnen de transmurale zorgstandaard protocollen gedefinieerd en vastgesteld. In de protocollen worden onder andere de criteria beschreven voor het verwijzen van een patiënt van de 1ste naar de 2de lijn en van de 2de naar de 3de lijn (of vice versa). Daarnaast staat in de protocollen vermeld welke informatie (uit anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek) minimaal noodzakelijk is bij het verwijzen van patiënten van de 1ste naar de 2de lijn en van de 2de naar de 3de lijn (of vice versa). Op deze manier worden versnipperde en dubbele procedures in het zorgproces voorkomen.

Gebaseerd op de informatie uit de transmurale zorgstandaard wordt de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) ontwikkeld. De RTA voor

Een vergelijkbaar onderzoek toont aan dat een AF-poli kan leiden tot een kostenreductie van € 735,- per patiënt

atriumfibrilleren is vastgesteld vóór de implementatie van de zorgstandaard van atriumfibrilleren (1 mei 2017). Vervolgens wordt in september en oktober 2017 de eerste audit uitgevoerd voor atriumfibrilleren, waarbij wordt getoetst of de zorgstandaard op de juiste manier is geïmplementeerd binnen de zorginstellingen.

De AF-poli

Tot op heden hebben 469 patiënten (gemiddelde leeftijd is 68 jaar) met nieuw gediagnosticeerd atriumfibrilleren de AF-poli bezocht in de vier ziekenhuizen. De meerderheid van de patiënten die een bezoek brachten aan de AF-poli is mannelijk (57,4%). Daarnaast blijkt dat voornamelijk patiënten met paroxysmaal atriumfibrilleren (43,8%) zich melden bij de poli. Hoewel de gegevens nog summier zijn, tonen de eerste resultaten een verbetering aan ten aanzien van de EHRA-score (een symptoom score voor atriumfibrilleren, variërend van 1= 'Geen symptomen' tot 4= 'Invaliderende symptomen, normale dagelijkse activiteiten kunnen niet meer worden uitgevoerd') tussen het eerste meetmoment (EHRA-score= 1,93) en na 6 maanden van follow-up (EHRA-score= 1,36). Daarnaast blijkt dat het aantal events (cardiovasculaire hospitalisatie en 'all cause mortality') lager is in vergelijking met voorgaand onderzoek waarbij de effectiviteit van een (soortgelijke) AF-poli werd getoetst in een academische setting. Verdere analyse is inmiddels gestart om ook de kosten-effectiviteit van de aanpak te toetsen.

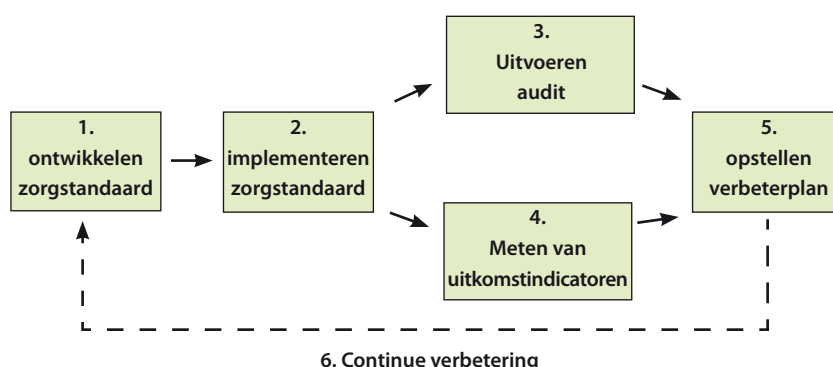
Literatuur

- Porter, M.E. & Lee, T.H. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care: Providers must lead the way in making value the overarching goal. *Harvard Business Review*: Boston.
- Akerman, C.R. & Stowell, C. (2015). Measuring Outcomes: The Key to Value-Based Health Care. *Harvard Business Review Webinar Summary*.
- Porter, M.E., Clemens G., & Dannemiller, E.M. (2007). *The West German Headache Center: Integrated Migraine Care*. Harvard Business School Publishing: Boston.
- Eimers, M., Boots, S., Munneke, M., Bloem, B., Hols, T. & Huijsmans, K. (2016), *ParkinsonNet in cijfers*. [URL: http://www.parkinsonnet.nl/media/15312213/rapport_pn_in_cijfers_2014_def.pdf].
- Van Veghel, H.P.A. (2013), *Meetbaar Beter Boek 2013; hoofdstuk4: Atriumfibrilleren, 46-53*. [URL: http://www.meetbaarbeter.com/wp-content/uploads/2013/12/506195_MeetbaarBeter_Boek_CZE_Compleet.pdf]
- Hendriks, J.M., de Wit, R., Crijns, H.J., Vrijhoef, H.J., Prins, M.H., Pisters, R., Pison, L.A.F.G., Blaauw, Y., & Tieleman, R.G. (2012). Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. *European Heart Journal*, 33(21), 2692-2699.
- Hendriks, J., Tomini, F., van Asselt, T., Crijns, H., & Vrijhoef, H. (2013). Cost-effectiveness of a specialized atrial fibrillation clinic vs. usual care in patients with atrial fibrillation. *Europace*, 15(8), 1128-1135.

Informatie over de auteurs

H.P. Cremers (PhD), projectleider Nederlands Hart Netwerk.
H.P.A. van Veghel (MSc), programma manager Nederlands Hart Netwerk. **L.J.H.J. Theunissen** (MSc), cardioloog Máxima Medisch Centrum en voorzitter Nederlands Hart Netwerk.
L.R.C. Dekker (PhD), cardioloog Catharina ziekenhuis.

Figuur 1: Proces binnen de netwerken van het NHN



Tabel 3: Overzicht van initiële condities (incl. beschrijving) in het atriumfibrilleren netwerk.

Initiële conditie	Beschrijving van initiële conditie
1. Leeftijd	Geboortedatum patiënt
2. Geslacht	Man / Vrouw
3. Type atriumfibrilleren	Eerste episode van atriumfibrilleren Paroxysmaal atriumfibrilleren (≤ 7 dagen) Persisterend atriumfibrilleren (> 7 dagen) Langdurig persisterend atriumfibrilleren (≥ 1 jaar) Permanent atriumfibrilleren
4. Co-morbiditeit	Hypertensie Coronairlijden Hartfalen Perifeer vaatlijden Cerebrovasculaire ziekte / CVA Diabetes Mellitus Chronische longziekten Schildklierlijden Obesitas (BMI ≥30) Kleplijden OSAS
5. CHA2DS2-VASc score	C (Hartfalen/LV dysfunctie) H (Hypertensie) A2 (Leeftijd ≥75 jaar) D (Diabetes Mellitus) S2 (CVA/TIA/trombo-embolie) V (Vasculaire ziekte) A (Leeftijd 65-74 jaar) S (Geslacht vrouw)
6. Bloedingsrisico HASBLED	H (Hypertensie) A (Abnormale lever- en/of nierfunctie) S (CVA) B (Bloeding) L (Labiel INR) E (Ouder dan 65 jaar) D (Drugs of alcohol)