



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Handreiking Zorg op de juiste Plek

Beroeps Belangen Commissie van de NVU

Paula Moonen, Jos van Brakel, Kathleen d'Hauwers

Juli 2020

INLEIDING

Met de vergrijzing is het aantal patiënten met een urologische zorgvraag de afgelopen jaren gestegen en die vraag zal waarschijnlijk nog verder toenemen. We zijn steeds beter in het vroeg opsporen van ziektes en er zijn ook steeds meer behandelmogelijkheden. Er is echter een beperkte financiering van nationale zorg mogelijk. Reden dus om te zorgen voor 'juiste zorg op de juiste plek'. De essentie hiervan is het voorkomen van (duurdere zorg), het verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals eHealth)¹. Intensivering van de samenwerking tussen urologen, huisartsen, physician assistants, verpleegkundig specialisten, oncologie- en continentieverpleegkundigen kan mogelijkheden bieden om de toegenomen zorgvraag binnen de financiële kaders te bieden. Hierbij kan men denken aan het voorkomen van onnodige verwijzingen door overleg en grondige triage, substitutie van zorg, het verplaatsen van kennis én het leveren van uniforme zorg van hoogstaande kwaliteit.

De Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) wil als wetenschappelijke vereniging graag meewerken om de zorgverlening goedkoper te maken met behoud van kwaliteit. Het bieden van hoogstaande urologische zorg in Nederland, ondanks de beperking in financiële middelen, is het primaire doel, niet de kostenbesparing op zichzelf.

In dit document beschrijft de NVU de verschillende aspecten van zorg op de juiste plek, welke op dit moment relevant lijken te zijn voor de toekomst. We zijn ons bewust dat dit een dynamisch document zal zijn welk waar nodig aangepast zal worden in de toekomst.

TRIAGE

Een goede triage draagt bij aan de juiste zorg op de juiste plek en het voorkomt onnodige verwijzingen. Patiënten, die in de eerste lijn behandeld kunnen worden, moeten daar ook behandeld worden. Na overleg met de LHV is naar voren gekomen dat de communicatie tussen de urologen en de huisartsen in den lande verbeterd kan worden. Deze verbetering kan de kwaliteit van de verwijzingen ook verbeteren.

Er is een aantal praktische voorstellen over hoe de triage zo goed mogelijk benut kan worden.

- a. Per ziekenhuis/vakgroep een huisarts-coördinator inzetten als wijkspecialist. Deze collega heeft zich toegewijd aan het laagdrempelig contact met de huisartsen in de regio en is bereikbaar via een mailadres of telefoonnummer, dat dagelijks contact mogelijk maakt. Deze collega kent de huisartsen goed en de huisartsen weten hem/haar makkelijk en laagdrempelig te benaderen voor overleg. Het gaat dan dus om niet-spoed vragen, vragen over een potentiële verwijzing of kennisoverdracht.
- b. Een toegewijde verpleegkundige/uroloog op de poli, die de triage doet. Hiermee worden de aanvragen aandachtig bekeken en waar nodig kan de uroloog de

1 De juiste zorg op de juiste plek – rapport van de Taskforce

2 Substitutie van zorg: huisarts en medisch specialist samen aan de slag, februari 2017

3 De succes- en faalfactoren van substitutie, 2016

4 Consensusdocument taakherschikking urologie, NAPA juli 2020

huisarts bellen als er sprake is van een twijfelachtige vraagstelling. Eenmaal aangemeld wordt de patiënt direct bij de uroloog met het juiste aandachtsgebied gepland, zodat er geen overbodige afspraken gemaakt worden.

- c. Er zijn aparte spreekuren voor physician assistants, die zelfstandig patiënten zien zonder dat er een uroloog aanwezig hoeft te zijn. Je kunt hierbij denken aan een intake verhoogd PSA, intake hematurie en intake recidiverende urineweginfecties (UWI's). De physician assistent heeft een duidelijk afgebakend kennisgebied en zal uitsluitend volgens protocol handelen.⁴ De LHV geeft aan niet te willen verwijzen naar een PA. Dit zal dus achter de deur van het ziekenhuis geregeld moeten worden.
- d. Alleen doorverwijzen naar de derdelijn vanaf de huisarts na overleg met een tweede- of derdelijns uroloog. Het verwijzen van tweedelijns zorgvragen naar een academisch centrum op basis van postcode wordt hiermee afgeremd. De academie is alleen voor academische zorg. De aanwezigheid van een academisch lid bij een multidisciplinair overleg, danwel laagdrempelig overleg met een academische collega kan een onnodige verwijzing vanuit de tweedelijns voorkomen. Academische kennis wordt zeker zinvol geacht bij oncologische zorg, kinderurologie, fertiliteitsproblematiek en andrologische vraagstukken.

SUBSTITUTIE

De definitie, die gehanteerd wordt in het document substitutie van de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV² klinkt als volgt: 'de verplaatsing van huidige zorg en middelen van de tweede- naar de eerstelijnszorg, het behoud van doelgroepen in de eerste lijn en het voorkomen dat deze patiënten in de toekomst tweedelijnszorg nodig hebben.'

Substitutie van zorg beantwoordt aan meerdere doelstellingen:

- Kostenreductie middels doelmatigheid, kosteneffectiviteit en besparingen om zo de zorg betaalbaar te houden;
- Zorg toegankelijk en laagdrempelig maken en houden;
- Zelfmanagement en zelfzorg van de patiënt stimuleren;
- Zorg dichterbij de patiënt leveren;
- Kennisuitwisseling tussen tweede- (en derde) en eerstelijns: persoonlijker en laagdrempeliger overleg tussen zorgprofessionals mogelijk maken en organiseren om zo de juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren.

1 De juiste zorg op de juiste plek – rapport van de Taskforce

2 Substitutie van zorg: huisarts en medisch specialist samen aan de slag, februari 2017

3 De succes- en faalfactoren van substitutie, 2016

4 Consensusdocument taakherschikking urologie, NAPA juli 2020

Handreiking Zorg op de juiste Plek

Voor de urologie wordt er gedacht aan verschillende implementatiemogelijkheden:

- a. Een short track verwijzing bij enkele van de meest frequente verwijzingen van de huisartsen. Hierbij kan gedacht worden aan LUTS, verhoogd PSA of urineweginfectie. Het idee is, dat in een éénmalig consult korte anamnese, lichamelijk onderzoek, relevante diagnostiek (mictielijsten en IPSS al vooraf ingevuld), diagnose en behandelingsadvies worden gegeven.
- b. Uitvoering in de eerste lijn houden met een éénmalige diagnostiek aanvraag van de huisarts
 - Flow/residu en TRUS bij LUTS
 - Rectaal toucher / TRUS / prostaatwijzer bij verhoogd PSA
 - Flow/residu, interpretatie mictielijsten en uitsluiten erythrocyturie bij recidiverende urineweginfecties.

De physician assistant zou ingezet kunnen worden om het spreekuur 'diagnostiek voor de huisarts' uit te voeren.
Het blijft bij een eenmalig consult en de patiënt gaat met een advies terug naar de huisarts.
- c. Huisartsen vragen bij scrotale pijn zelf een 'spoedecho scrotum' aan bij de radioloog. Indien sprake is van een torsio testis of bij twijfel wordt direct doorverwezen naar de uroloog. Bij evidente epididymitis zonder tekenen van torsio testis gaat de patiënt terug naar de huisarts. Die patiënten komen dan niet op de spoedeisende hulp of de spoedpoli urologie.
- d. We verwachten steeds meer eHealth toepassingen in de toekomst. De huisarts zou nu de patiënt de BPH keuzehulp kunnen laten invullen, om te kijken of de patiënt überhaupt opteert voor een operatie. Mocht hij kiezen voor een medicamenteuze behandeling kan dit ook (eventueel na overleg met de uroloog) in de eerstelijns gebeuren. Verder kan een deel van de controles telefonisch gedaan worden. Deze kunnen ook als 'declarabel belconsult' worden gecodeerd mits deze als zodanig in de agenda van de uroloog staan vermeld en aan het juiste format van anamnese en beleid voldoen.
NB Nieuwe patiënten kunnen alleen telefonisch behandeld worden als dit zo in de richtlijn vermeld staat.
- e. Kennis verplaatsen door meer (regiogebonden) onderwijs aan huisartsen. Huisartsen mee laten lopen met een uroloog (waarvoor accreditatiepunten kunnen worden verkregen) is ook een optie. Ook onderwijs in (suprapubische) katheterwissels zou een minder zinvolle verwijzing kunnen voorkomen.

De LHV geeft aan dat dat er geen ruimte meer is voor uitbreiding van substitutie. Goede initiatieven kunnen dus zeker regionaal besproken worden, er is echter zorg vanuit de LHV dat het werk voor de huisartsen alleen maar toeneemt. Hun advies is dus dat er meer huisartsen worden opgeleid.

1 De juiste zorg op de juiste plek – rapport van de Taskforce

2 Substitutie van zorg: huisarts en medisch specialist samen aan de slag, februari 2017

3 De succes- en faalfactoren van substitutie, 2016

4 Consensusdocument taakherschikking urologie, NAPA juli 2020

KWALITEIT

De urologische zorg in Nederland heeft een hoogstaand niveau. De wetenschappelijke vereniging vindt het daarnaast ook belangrijk, dat een patiënt zorg krijgt die uniform is, onafhankelijk van in welk ziekenhuis hij zich heeft gemeld.

Enkele manieren om uniformiteit te vergroten zijn:

- 1) het uitbreiden van het aantal geaccrediteerde E-learnings voor urologen. (Het eerste deel van) de E-learning zou ook voor de huisartsen beschikbaar moeten zijn.
- 2) verdere afstemming tussen de richtlijnen van huisartsen en richtlijnen van urologen.
- 3) een databank met folders, die voor zowel urologen als huisartsen bereikbaar is. Hiermee levert eenieder dezelfde informatie over de besproken ziektebeelden/behandelingen.
- 4) zowel de patiënt als de huisarts kan steeds zelf meer informatie opzoeken. Hierin kan men geholpen worden door voorlichting te geven waar urologische kennis te vinden is. De website www.allesoverurologie.nl kan gebruikt worden naar analogie van de website www.thuisarts.nl
- 5) Er zijn nu meerdere sites te vinden met urologische voorlichting, vaak ook via desbetreffende ziekenhuizen. Mogelijk kunnen deze linken doorgestuurd worden naar de patiëntenwebsite van de NVU. Deze website moet derhalve allesomvattend worden.
- 6) Het gebruik van keuzehulpen en samen beslissen moet de norm zijn. Bewustwording moet het gebruik ervan stimuleren. Dit kan eenvoudig met campagnes, zoals 'betere zorg begint met een goed gesprek' en de vragen 'wat zijn mijn mogelijkheden?' en 'wat zijn de voor- en nadelen van de mogelijkheden?'
De persoonlijke context en de voorkeur van patiënten moeten meer meewegen in de beslissingen over hulp en zorg. Dit gaat beter als de patiënt zich goed heeft kunnen voorbereiden op het gesprek met de uroloog door van tevoren -waar mogelijk- een keuzehulp door te nemen. We kennen de BPH keuzehulp, de keuzehulp bij prostaatcarcinoom, de keuzehulp bij castratieresistent prostaatcarcinoom en de Incontinentiewijzer.

De LHV geeft aan dat het aandeel urologische zorg in de gemiddelde huisartsenpraktijk zeer klein is. Het is dan ook de verwachting dat er een gering aantal huisartsen is dat urologie in zijn aandachtsgebied heeft. De zorg voor de oudere patient en ggz problematiek is voor de meeste huisartsen de kern van hun activiteiten.

KOSTEN BESPAREN

Betere uniformiteit kan ook een manier zijn om kosten te besparen door niet-zinnige zorg niet uit te voeren.

Een manier zou kunnen zijn om de richtlijnen aan te scherpen. Met duidelijke adviezen wat minimaal geadviseerd wordt ter diagnostiek en wat alleen op indicatie noodzakelijk is. Bijvoorbeeld het achterwege laten van een standaard cystoscopie bij evaluatie van urineweginfecties en deze ingreep alleen op indicatie uitvoeren.

1 De juiste zorg op de juiste plek – rapport van de Taskforce

2 Substitutie van zorg: huisarts en medisch specialist samen aan de slag, februari 2017

3 De succes- en faalfactoren van substitutie, 2016

4 Consensusdocument taakherschikking urologie, NAPA juli 2020

Handreiking Zorg op de juiste Plek

Een andere manier is door aanvullende diagnostiek niet standaard te herhalen indien dit eerder uitgevoerd is door een erkend ondersteunend laboratorium of zorgverlener. Een voorbeeld hiervan zijn de laboratoriumwaarden, die bij de huisarts al bepaald zijn of een echo, die aangevraagd is door de huisarts. Hiervoor moeten de faciliteiten aanwezig zijn om deze resultaten zelf te kunnen in zien en interpreteren.

FINANCIERING

Voor substitutie, die bestaat uit het verplaatsen van zorg van het ziekenhuis naar de eerstelijns, zijn afspraken gemaakt om de beweging te stimuleren.

Er is budgettaire ruimte beschikbaar gemaakt voor substitutie. Het geld is beschikbaar als zorgaanbieders een initiatief hebben, waarin ziekenhuiszorg wordt verplaatst en zij hierover een afspraak hebben met een zorgverzekeraar.

Indien het totaal van de substitutie-afspraken onder de begrote kosten van de budgettaire ruimte blijft dan blijven de resterende middelen in het budgettair kader van de tweedelijns. De partijen in de tweedelijns zijn ervan verzekerd, dat het 'verschoven budget' gepaard gaat met verschoven zorg en patiënten.

De zorgverzekeraars hebben de ruimte om partijen te stimuleren tot het aanvragen van substitutieprojecten.

In lokale projecten is echter gebleken, dat het ontbreken van structurele financiering (en financieringsafspraken) een belangrijke bottleneck is bij het opstarten, opschalen en inbedden van substitutieprojecten.

Het is van groot belang om goede afspraken te maken over 'patiëntengroepen en/of ziektebeelden selectie', die in aanmerking komen voor substitutie. Het is daarbij namelijk van belang om geen (of zo min mogelijk) kosten te maken voor de inzet van specialistische expertise buiten de tweedelijns, als de kans groot is dat deze patiënten alsnog doorverwezen zullen worden naar de medisch specialistische zorg. Als patiënten in een anderhalvelijnssetting worden (mee-) behandeld door de medisch specialist en alsnog worden doorverwezen naar het ziekenhuis, worden 'dubbele' kosten gemaakt, waardoor er al snel niet meer doelmatig gewerkt kan worden.

Het uitgangspunt dient te zijn, dat de expertise van de huisarts en medisch specialist niet gebonden is aan de omgeving waarin hij/zij deze levert en dat hiervoor dus eenzelfde 'marktconform tarief' beschikbaar dient te zijn.

Een aanbeveling is om de (opzet en) evaluatie van de financiële organisatie en de effecten van substitutie op professionele wijze uit te voeren.³

Het is van groot belang dat meerdere partijen hierbij betrokken worden, namelijk huisartsen, zorgverzekeraars, medisch specialisten en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Projecten kunnen alleen maar starten indien alle partijen het eens zijn over welke zorg binnen een lokaal substitutieproject past. Iedereen moet genoeg faciliteiten, tijd, kennis, goede logistiek en financiële middelen tot zijn beschikking hebben om daadwerkelijk een goede verbeterde situatie voor de patiënten te creëren.

1 De juiste zorg op de juiste plek – rapport van de Taskforce

2 Substitutie van zorg: huisarts en medisch specialist samen aan de slag, februari 2017

3 De succes- en faalfactoren van substitutie, 2016

4 Consensusdocument taakherschikking urologie, NAPA juli 2020

Hoe te starten?

Een Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) of kwaliteitsstandaard biedt concrete aanknopingspunten om lokaal de zorg tussen eerste- en tweedelijnd verder te verbeteren. Er zijn al diverse ketenzorgprojecten en landelijke - of regionale transmurale afspraken (LTA's respectievelijk RTA's) waarin afspraken over diagnostiek, behandeling, verwijzing en terugverwijzing van de patiënt zijn vastgelegd. Dergelijke documenten vormen een goed uitgangspunt voor het starten van lokale substitutieprojecten. Monitoring en evaluatie van de effecten van substitutie van zorg, in welke vorm dan ook, is essentieel. Ook patiëntenervaringen en patiënttevredenheid dienen opgenomen te worden in de evaluatie van de gesubstitueerde zorg. Daarnaast is het van belang te evalueren wat de ervaringen en tevredenheid zijn van de betrokken zorgprofessionals ten aanzien van de substitutietrajecten en de samenwerking.³

Zoals eerder benoemd heeft er overleg plaatsgevonden met de LHV. Die ziet een aantal verbeterpunten, vooral gericht op de communicatie. Voor het daadwerkelijk verplaatsen van urologische zorg ziet de LHV weinig draagvlak. Dit dus om meerdere redenen, te weten het gebrek aan ruimte voor nog meer substitutie, te hoge werkdruk, te weinig huisartsen en het kleine aanbod van urologische zorg in de gemiddelde huisartsenpraktijk. Wel zou de LHV graag zien dat de communicatie tussen de huisartsen en de urologen eenvoudig en laagdrempelig is. Dit komt de samenwerking en het verwijzingspatroon alleen maar ten goede.

Dit laatste kunnen we als urologen zeker onderstrepen. We geven in dit document een aantal handreikingen om Juiste Zorg op de Juiste Plek voor de urologie vorm te geven. Het is aan de urologen in het land om samen met hun vakgroep, ziekenhuis en huisartsen in de regio hier maatwerk op te bouwen.

1 De juiste zorg op de juiste plek – rapport van de Taskforce

2 Substitutie van zorg: huisarts en medisch specialist samen aan de slag, februari 2017

3 De succes- en faalfactoren van substitutie, 2016

4 Consensusdocument taakherschikking urologie, NAPA juli 2020