

Continuïteit van zorg op basis van ICPC-codes



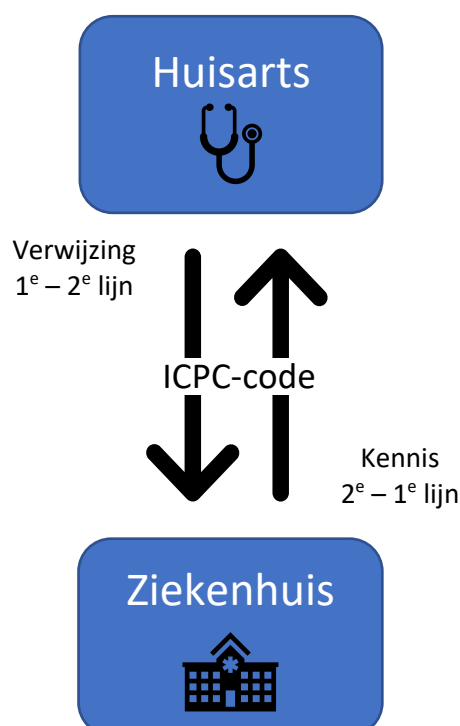
Dr. Jan Rombout, MBA Medische Data & KNO-arts
03-10-2021

Een veel gehoorde klacht van patiënten is dat artsen te veel naar het beeldscherm kijken en nauwelijks oogcontact maken. Dat klopt, want zorgprofessionals klagen op hun beurt dat zij te veel tijd aan de administratie moeten besteden. Een deel van deze administratieve lasten bestaat uit het overtypen van gegevens. Een voorbeeld is dat een specialist gegevens overtypt uit een huisartsbrief. Ook komt het nogal eens voor dat de patiënt z'n hele verhaal meerdere malen moet vertellen aan verschillende zorgprofessionals, die dat telkens op een andere plek opnieuw intypen.

Voor meer kwaliteit in de tijd met de patiënt moet er meer aandacht besteed kunnen worden aan het gesprek en minder aan administratie. Een mens-tot-mens gesprek waarbij voldoende tijd en aandacht is voor relevante zaken maakt de zorg kwalitatief beter. Als in de zorg de kwaliteit omhooggaat wordt het ook efficiënter: er is minder herstelwerk omdat er minder vergeten wordt, minder vergissingen en ook minder fouten gemaakt worden. Dit kan bereikt worden als de zorg-informatiesystemen de zorgprofessionals beter gaan ondersteunen, o.a. met informatie en kennis.

Er is een bestaande informatiestroom van huisartsen naar het ziekenhuis: de verwijsbrieven. Als het verwijsportaal in de toekomst beter ingericht wordt, kan er twee-richting informatie-uitwisseling op gang komen (zie figuur). Op het moment dat vanuit het ziekenhuis kennis voor de huisartsen ter beschikking wordt gesteld, die van belang is rondom de verwijzing, wordt de zorg kwalitatief beter.

Figuur: toekomstperspectief m.b.t. gegevensdeling tussen 1^e en 2^e lijn





Meer kwaliteit in de tijd met de patiënt

Als er gedeelde zorgprocessen tussen huisartsen en specialisten bestaan, leveren deze zowel betere kwaliteit als een administratieve lastenverlichting op. Het voorwerk dat de huisartsen toch al doen kan dan hergebruikt worden door de specialisten. Zou het niet handig zijn als een medisch specialist de aantekeningen van de huisarts over kan nemen en vervolgens verder gaat waar deze gebleven is? Op dit moment is dit niet mogelijk.

Huisartsen (1^e lijn) maken aantekeningen in hun huisarts-informatiesysteem (HIS), gesorteerd in 'zorgepisodes', die een International Classification of Primary Care (ICPC) code hebben. Specialisten (2^e lijn) maken echter geen gebruik van ICPC-codes. De specialisten in het ziekenhuis beginnen met hun administratie in het ziekenhuis-informatiesysteem (ZIS) bij nul en de patiënt moet z'n verhaal weer van voor af aan vertellen.

Als ziekenhuizen hun productportfolio opnieuw inrichten met informatie op basis van ICPC-codes, bv. met vragenlijsten en checklists, wordt de aansluiting met de huisartsen en daarmee de continuïteit van zorg veel beter. Door gezamenlijke zorgprocessen te formuleren kunnen specialisten voortaan de aantekeningen van huisartsen hergebruiken en verder gaan waar de deze is gebleven.

Anderhalvelijns consulten

Er is door de overheid in Nederland, samen met de ziektekostenverzekeraars, ingezet op anderhalvelijns zorg. Dat wil zeggen dat eenvoudige ziekenhuiszorg, die ook prima door huisartsen geleverd kan worden, niet meer in het ziekenhuis gedaan wordt. De specifieke kennis voor anderhalvelijns zorg wordt o.a. geleverd door medisch specialisten. De uitvoering wordt door huisartsen gedaan, dit betekent minder ziekenhuiszorg en daarmee een kostenbesparing.

In een aantal gevallen wil een huisarts toch nog even overleggen over een specifieke behandeling. Via 'anderhalvelijns consulten' is het inmiddels mogelijk dat huisartsen en medisch specialisten samen overleggen over een patiënt. Met dit overleg worden de patiënten die beter af zijn in het ziekenhuis doorverwezen, de andere patiënten kunnen met goed advies bij de huisarts blijven.

Als een huisarts overlegt met een specialist gaat dat vaak per telefoon. Als de specialist direct de telefoon beantwoordt, verstoort dit het spreekuur. Als de specialist later terugbelt is dat weer verstorend voor het spreekuur van de huisarts, soms lukt het niet om contact te leggen. Daarnaast ontbreken er gegevens, de huisarts moet in het kort vertellen waar het over gaat en de specialist reageert vervolgens uit het blote hoofd. Kortom dit ad-hoc overleg is verstorend, foutgevoelig en kan makkelijk aanleiding geven tot vergissingen, zaken worden makkelijk vergeten. Daarnaast moet dan zowel de huisarts als de specialist het gesprek apart documenteren: dit is dubbel werk.

Toekomstperspectief: gedeelde zorgprocessen 1^e en 2^e lijn

Door gezamenlijk zorgprocessen rondom ICPC-codes te gaan ontwerpen, kunnen o.a. differentiaaldiagnoses goed uitgewerkt worden. In de differentiaaldiagnoses kunnen ook zeldzame aandoeningen, die af en toe gemist worden in de huisartsenpraktijk, opgenomen worden.

Informatie voor huisartsen in het verwijssysteem van het ziekenhuis is betrouwbaar, omdat deze informatie wordt samengesteld door de lokale medisch specialisten samen met de huisartsen, waardoor er een goede aansluiting is met de dagelijkse praktijk. Ook praktische tips, bv. over hoe bepaalde zaken in het eigen ziekenhuis afgeregeld zijn, kunnen vermeld worden.

Nieuw te ontwikkelen werkwijze

In de ideale toekomstige situatie kan de huisarts beoordelen, bv. aan de hand van een checklist, of de behandeling in de 1^e lijn plaats kan vinden, of dat er toch doorverwezen wordt naar de 2^e lijn. Als er doorverwezen wordt kan de specialist de antwoorden uit de verwijzing kopiëren naar het ZIS en hoeft alleen nog een paar controlevragen te stellen. Als de patiënt een consistent klachtenpatroon heeft hoeft er nauwelijks nog iets extra gedocumenteerd te worden: de huisarts heeft immers het voorwerk gedaan.



Uit het hoofd werken geeft makkelijk aanleiding tot vergeten van zaken, vergissingen en zelfs fouten, hetgeen leidt tot herstelwerk. Op het moment dat er in de spreekkamer en aan de balie meer en betere praktische informatie beschikbaar komt, hoeven artsen en andere zorgprofessionals minder uit het hoofd te doen. Als er meer ‘de eerste keer goed’ gedaan wordt gaat de ‘First Time Right’ (FTR)-ratio omhoog. Minder herstelwerk is een kostenbesparing waar iedereen blij van wordt.

Anderhalvelijns-communicatie kan in de toekomst per bericht

Op het moment dat er een gezamenlijke kennisbank ingericht is, kan een huisarts de aanbevelingen uit de kennisbank overnemen en op maat voor de patiënt maken in het HIS. Als er vragen zijn kunnen deze toegevoegd worden aan de aantekeningen. Met ‘veilig mailen’ kan een kopie van gegevens uit het HIS gedeeld worden. Zo kan een specialist meekijken met een specifiek geval, heeft voldoende achtergrondinformatie en kan vervolgens een weloverwogen antwoord terugsturen.

Een gezamenlijke kennisbank kan zowel in Zorgdomein¹ aangelegd worden als in de MPS®-app². Zorgdomein is het systeem waarmee de huisartsen verwijzen naar het ziekenhuis, als er kennis toegevoegd wordt in dit systeem wordt het productportfolio van een ziekenhuis beter ingericht.

Berichtenverkeer kan, voor zowel de huisarts als specialist, op een geschikt moment plaatsvinden. Als de specialist het antwoord onder de vraag van de huisarts typt is er geen dubbel werk meer. De tekst kan zowel naar het HIS als ZIS gekopieerd worden, waarmee in beide systemen exact dezelfde informatie staat. Het mag duidelijk zijn dat volledige en betrouwbare informatie een efficiënter zorgproces en betere kwaliteit van zorg oplevert. Meer zorg ‘de eerste keer goed’ levert aan de ene kant een kostenbesparing op en aan de andere kant blij en tevreden patiënten.

Samenvattend:

Als ziekenhuizen hun productportfolio ingedeeld hebben op basis van ICPC-codes kunnen ze naadloos aansluiten op de huisarts-zorgepisodes:

1. Betere continuïteit van zorg ontstaat op het moment dat de specialist verder kan gaan waar de huisarts gebleven is. Dit gaat een hoop dubbele administratie reduceren.
2. Meer anderhalvelijns zorg wordt mogelijk, vanaf het moment dat er betere documentatie bestaat en er gedeelde zorgprocessen bestaan. Huisartsen en specialisten kunnen samen gaan bepalen wat de huisarts kan doen en wanneer de specialist het overneemt.
3. Overleg in het kader van ‘anderhalvelijns consulten’ hoeft niet meer per telefoon, dit kan betrouwbaarder met berichtenverkeer. In een bericht kunnen meer achtergronden gedeeld worden en de specialist kan op een geschikt moment een weloverwogen antwoord formuleren. Door deze vragen en antwoorden over te nemen in zowel het HIS als ZIS staat overal dezelfde, volledige, informatie.

Betere kwaliteit van zorg is kostenbesparend, er is in de toekomst minder herstelwerk nodig op het moment dat door betere informatie en meer documentatie de FTR-ratio omhooggaat.

¹ <https://zorgdomein.com>

² <https://www.romrom.nl/inloggen-mps-app>