

Publicatieversie Leidraad Zorgproces Pijn op de Borst

Mei 2021



Dit project is gefinancierd met gelden van **Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten**



Inhoud

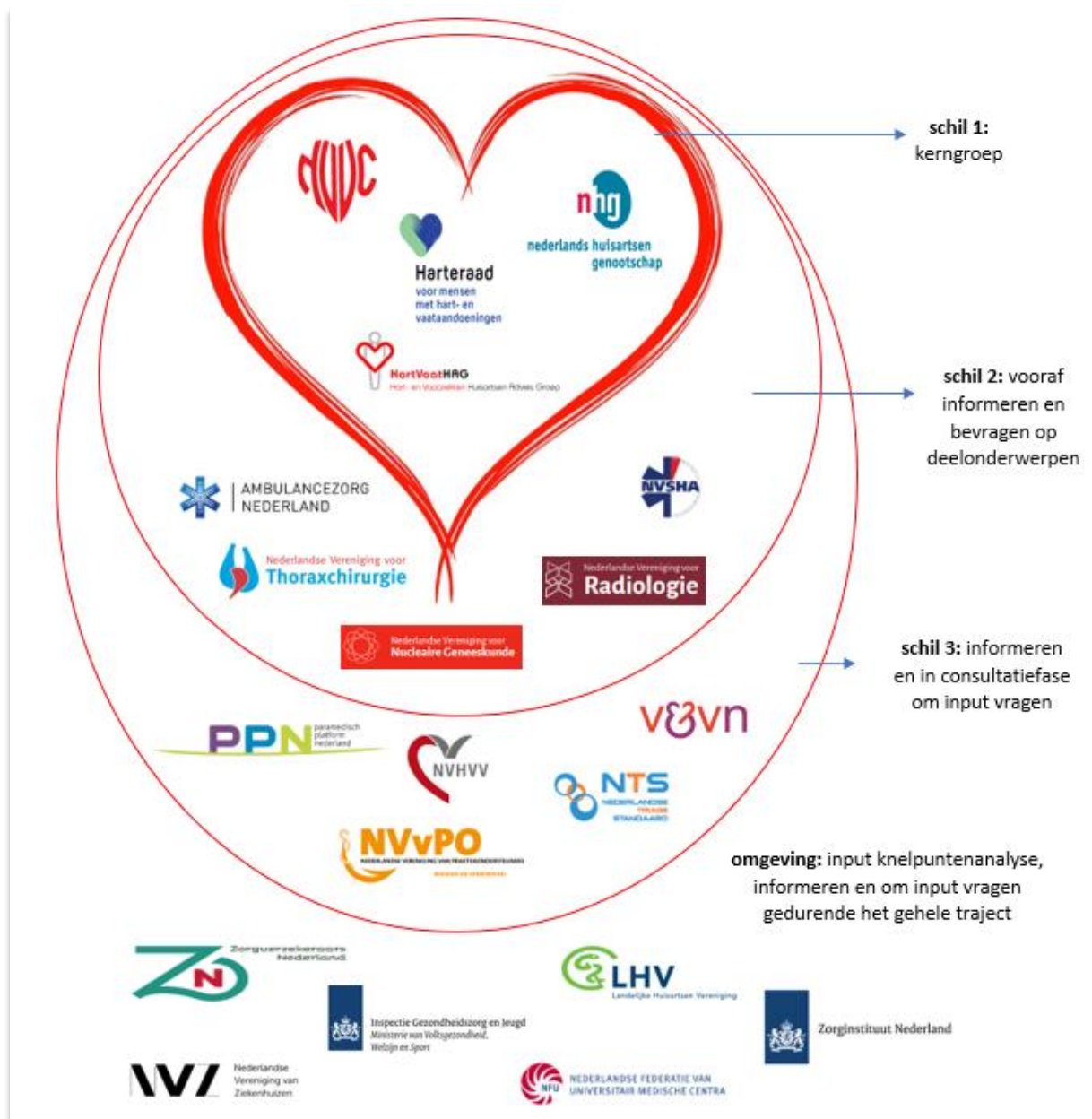
Leidraad Zorgproces Pijn op de Borst 2

Doelen 3

Zorgproces POB..... 4

Patiëntversie 6

Deze leidraad is tot stand gekomen in samenwerking met organisaties welke weergegeven zijn in onderstaand schema.



Leidraad Zorgproces Pijn op de Borst

Pijn op de borst (POB) komt veel voor en kan verschillende oorzaken hebben. Daarbij zijn de richtlijnen van betrokken zorgverleners niet altijd eenduidig. Dit resulteert o.a. in praktijkvariatie en mogelijk onjuiste verwijzingen naar de cardioloog. Grofweg 80% van patiënten met POB wordt mogelijk onterecht doorverwezen. Daarnaast wordt er een toename van deze zorgvraag verwacht waarbij het zorgaanbod (middelen en menskracht) vermoedelijk achter zal blijven.

Defensieve geneeskunde ligt op de loer: het missen van een Acut Coronair Syndroom heeft een enorme impact op de patiënt en zorgverleners. Er is behoefte aan empowerment in de eerste lijn. En ook zou de patiënt beter in staat gesteld moeten worden om de eigen situatie te beoordelen en regie over het zorgproces te kunnen voeren. Reden genoeg om een landelijke leidraad voor het zorgproces POB op te stellen om hiermee de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) voor POB-patiënten te organiseren.

In 2019 is door de betrokken partijen, met als kerngroep patiëntvereniging Harteraad, de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie en het Nederlands Huisartsen Genootschap, de landelijke Leidraad Zorgproces POB ontwikkeld. De basis hiervoor is de nieuwe NHG-standaard en de Landelijke Transmurale Afspraak Stabiele Angina Pectoris.

Volgende stap is een proefimplementatie in drie pilotregio's. Deze gaan in 2020/2021 gecoördineerd en met begeleiding vanuit Connect de leidraad regionaal implementeren en voor een bepaalde periode de gegevens uit het dataplan registreren. Bij aanvang wordt er een nulmeting uitgevoerd en na de testperiode worden de effecten gemeten. De verwachting is dat geobjectiveerd is dat het aantal 'onterechte' verwijzingen naar de cardioloog is gedaald, de kosten (relatief) zijn gedaald, de ervaringen van patiënten op minimaal hetzelfde niveau liggen en dat de onderlinge afstemming tussen zorgverleners is verbeterd. Ook is na de proefimplementatie inzichtelijk welke stappen binnen het nieuwe zorgproces essentieel zijn en welke onderdelen in het zorgproces minder relevant zijn. De leidraad voor het zorgproces wordt hierop bijgesteld en er wordt binnen dit traject een implementatietool opgesteld waarbij de ervaringen van de pilotregio's leidend zijn. De laatste stap is landelijke opschaling van deze Leidraad Zorgproces POB via de landelijke Connect infrastructuur vanaf 2022 (deze laatste stap valt buiten de proefimplementatie).

Doelen

De hoofddoelstelling van de Leidraad Zorgproces Pijn op de Borst (POB) is dat **het aantal onnodige doorverwijzingen naar de cardioloog van patiënten met POB na de proefimplementatie (2022) met 25% is verminderd**. Na de proefimplementatie wordt met de nieuwe inzichten een nieuwe doelstelling bepaald voor 2025.

Bij deze hoofddoelstellingen, horen de volgende subdoelstellingen:

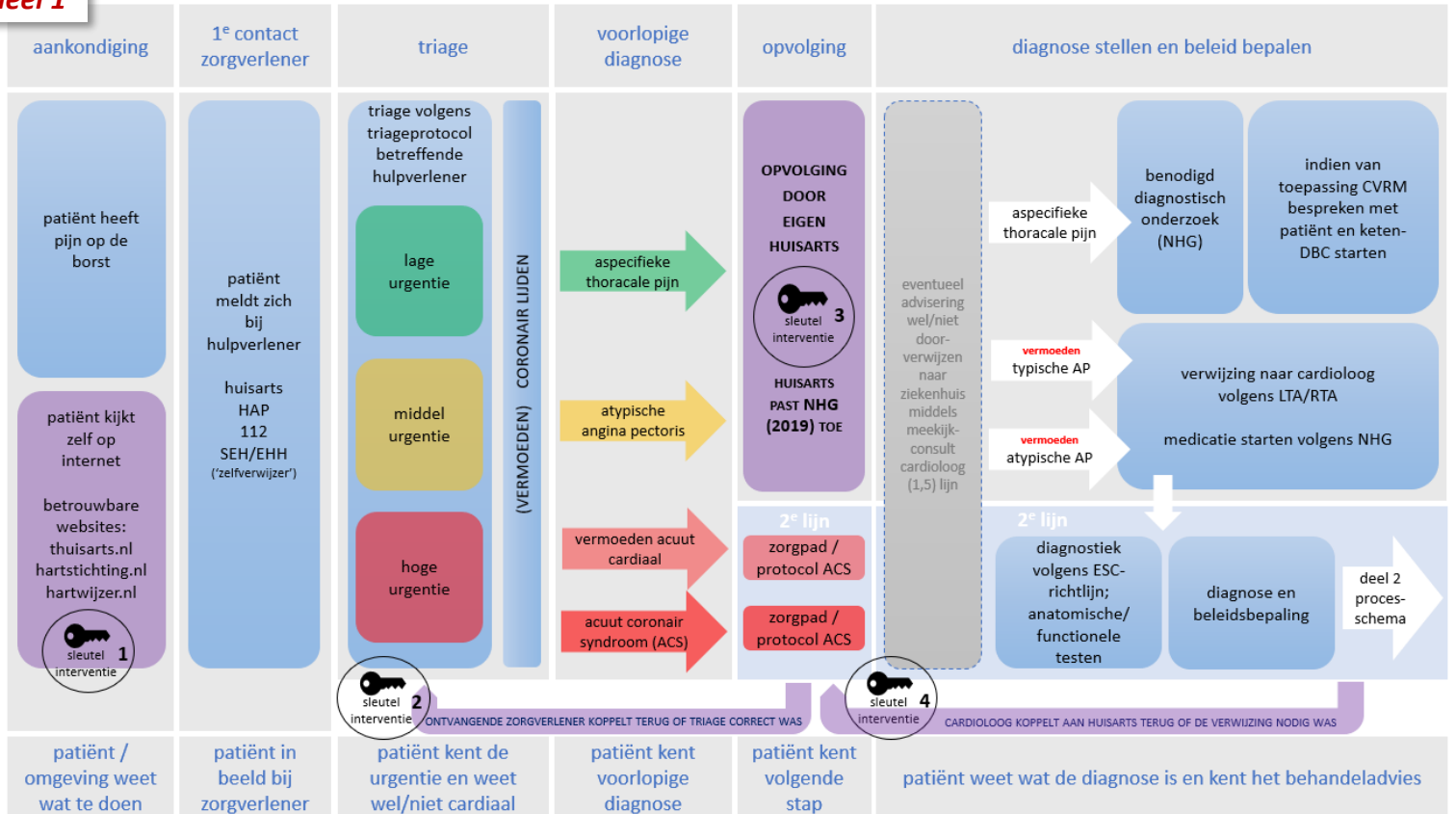
1. De POB-patiënt draagt zelf bij aan de juiste zorg op de juiste plek omdat hij op vastgestelde betrouwbare websites (o.a. www.thuisarts.nl) zelf de juiste informatie heeft gevonden over zijn POB-klachten.
2. De patiënt wordt na triage en goede uitleg door de triërende zorgverlener naar de juiste zorgverlener gestuurd zodat de juiste zorg aan de patiënt geleverd kan worden.
3. De patiënt wordt alleen naar de cardioloog doorverwezen, als dat volgens de NHG-standaard Angina Pectoris 2019 geïndiceerd is.
4. Patiënten die naar het ziekenhuis verwezen zijn zonder juiste indicatie volgens de NHG-standaard AP 2019, worden door de cardioloog na het eerste consult terugverwezen naar de huisarts, waarbij de cardioloog de huisarts contact hebben over de afwegingen hierbij. (*kennisverhoging door feedback cyclus*)
5. Als de patiënt met coronair lijden na beoordeling/behandeling en risicostratificatie door de cardioloog weer stabiel is (zoals beschreven in de LTA), stuurt de cardioloog de patiënt weer terug naar de huisarts.
6. De kosten voor diagnose en behandeling van POB-patiënten laten per patiënt, ondanks een steeds zwaarder wordende case-mix (complexer ziektebeeld, co-morbiditeit en steeds hogere leeftijd), een dalende lijn zien waarbij geen onnodige kosten worden gemaakt door verkeerde (of te late) verwijzingen en onderzoeken.
7. De patiënt heeft een betere kwaliteit van leven doordat de Leidraad Zorgproces POB is gevolgd.

De vijf sleutelinterventies in het nieuwe zorgproces komen exact overeen met de eerste vijf subdoelstellingen zoals hierboven omschreven.

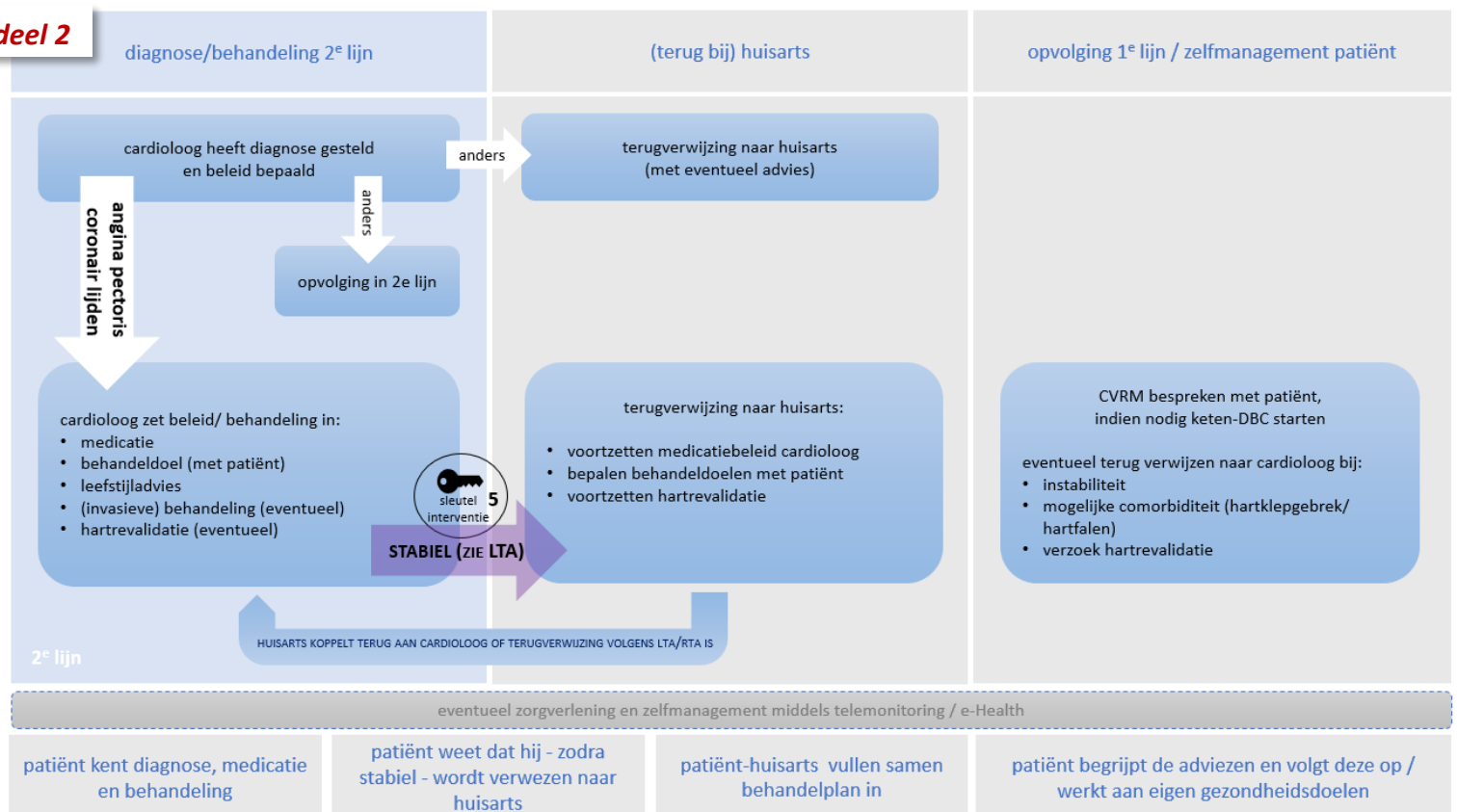
Zorgproces POB

In onderstaand schema is het ontwikkelde zorgproces voor patiënten met pijn op de borst weergegeven. Het eerste deel betreft de diagnosefase, het tweede deel is de behandel fase.

deel 1



deel 2



Toelichting bij het processchema

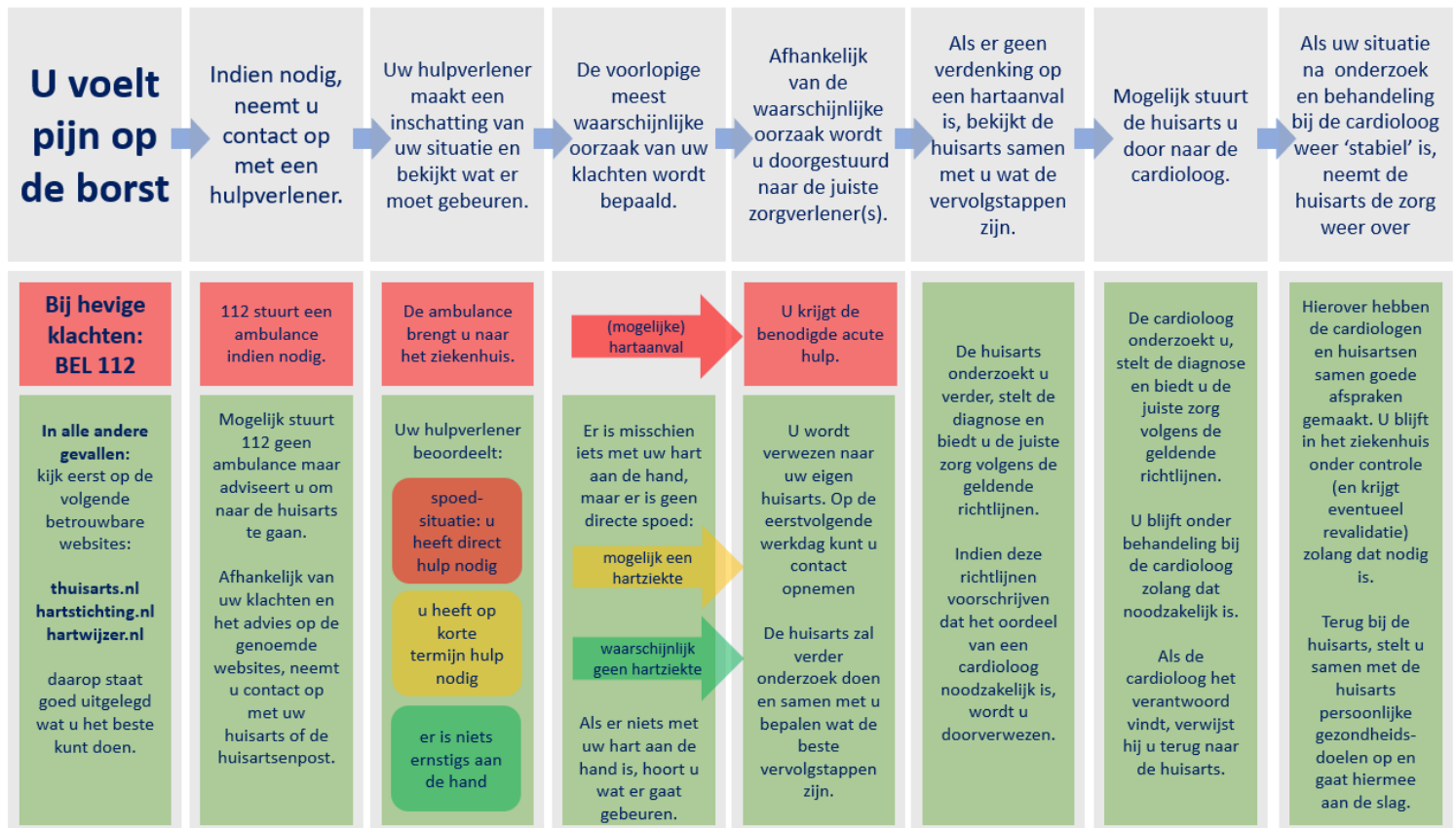
1. In de bovenste rij zijn de stappen in het zorgproces weergegeven: van ‘aankondiging klachten’ tot en met ‘opvolging 1^e lijn en zelfmanagement patiënt’.
2. In de onderste rij is per zorgstap het eindresultaat voor de patiënt weergegeven (dit zou de patiënt aan het einde van deze stap moeten beleven).
3. In het middendeel is weergegeven wie tijdens welke zorgstap wat doet om deze stap zo goed mogelijk de doorlopen.
4. Vanaf de kolom ‘triage’ wordt er (bewust) alleen verder gegaan met het patiëntproces waarbij er (vermoedelijk) cardiale problemen zijn. Alle andere (mogelijke) ziektebeelden zijn geen onderdeel van dit zorgproces.
5. Nagenoeg elk gekleurd vak is een interventie die bijdraagt aan het goed verlopen van het zorgproces.
6. De cruciale interventies om de patiënt met pijn op de borst de juiste zorg op de juiste plek te verlenen (waarbij onnodige kosten vermeden worden) zijn **paars** weergegeven en worden **sleutelinterventies** genoemd.

nr.	omschrijving sleutelinterventie
1	Bij minder hevige (acute) pijn kan de patiënt deels zelf beoordelen welke zorg er nodig is. De websites www.thuisarts.nl , www.hartstichting.nl en www.hartwijzer.nl zijn betrouwbare bronnen die de patiënt kan raadplegen hiervoor. Hierdoor is de kans groter dat de patiënt vanaf het begin bij de juiste zorgverlener terecht komt.
2	De zorgverlener die de patiënt behandelt na de triage-fase, beoordeelt of de patiënt inderdaad bij de juiste zorgverlener terecht is gekomen met een juist gestelde voorlopige diagnose. En koppelt dit ook terug naar de triërende zorgverlener. Deze feedback-loop beoogt de triage bij POB-klachten continu te verbeteren.
3	De huisarts past de NHG-standaard AP 2019 toe met als doel de patiënt alleen dan te verwijzen naar het ziekenhuis als de deskundigheid van een cardioloog nodig is om de juiste diagnose te stellen en de juiste behandeling in gang te zetten.
4	Nadat de huisarts de patiënt heeft doorverwezen naar de cardioloog, beoordeelt de cardioloog of de doorverwijzing inderdaad volgens de in de LTA/RTA AP gemaakte afspraken plaatsgevonden heeft (en de patiënt dus ‘terecht’ in de tweede lijn gezien wordt). De cardioloog koppelt terug aan de huisarts als dit niet het geval is. Deze feedback-loop beoogt de kwaliteit van doorverwijzingen door de huisarts continu te verbeteren.
5	Nadat de cardioloog de patiënt met angina pectoris coronair lijden gediagnosticeerd heeft en de behandeling in gang gezet heeft, verwijst de cardioloog de patiënt weer terug naar de huisarts als deze – volgens de afspraken in de LTA/RTA – stabiel is.

7. Er zijn twee innovatieve interventies opgenomen (weergegeven in de grijze vakken met stippellijnen) die aansluiten bij de landelijke zorginnovaties waarbij we verwachten dat dit een goede manier is om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren en de zorgkosten te verlagen:
 - a. Meekijkconsulten door medisch specialisten in de 1,5^e lijn.
 - b. Zorgverlening/zelfmanagement middels telemonitoring/e-Health.
 Deze interventies zijn optioneel en daarom bewust niet als ‘harde’ interventie opgenomen in de leidraad. Reden hiervoor is dat de beschikbare bewijsvoering nog niet sluitend is.
8. Tijdens het ontwikkelen van dit zorgproces zijn ook nieuwe hulpmiddelen zoals de HEART-score en de Marburg-Heart score besproken. De kerngroep heeft besloten deze hulpmiddelen (vooralnog) niet op te nemen in het zorgproces omdat er nog wetenschappelijke studies lopen en het bewijs voor werkzaamheid dus nog niet rond is voor de Nederlandse situatie.
9. In de ontwikkelfase is er een patiëntraadpleging gedaan door de patiëntenvereniging Harteraad. De uitkomsten hiervan leverde zinvolle input op. Deze is zo goed mogelijk verwerkt in het zorgproces en is uiteraard gebruikt in de patiëntversie van het zorgproces (hoofdstuk 5).

Patiëntversie

Het ontwikkelde processchema is bedoeld voor zorgverleners en voor degenen die betrokken zijn met de implementatie van dit zorgproces in de praktijk. Voor patiënten is het processchema niet goed te begrijpen. Daarom is er een patiëntversie opgesteld.



Dit is een eerste concept. Tijdens de start van de implementatiefase zal met de lokale patiëntvereniging en met de regionale zorgverleners een volgende versie (op maat) gemaakt worden, welke goed zal aansluiten bij de plaatselijke situatie. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de lay-out, grafische vormgeving en taalgebruik zodat zoveel mogelijk potentiële patiënten zo goed mogelijk op de hoogte gebracht kunnen worden.