

# SAMENVATTING

## Waarom een Leidraad Zorgproces Pijn op de Borst?

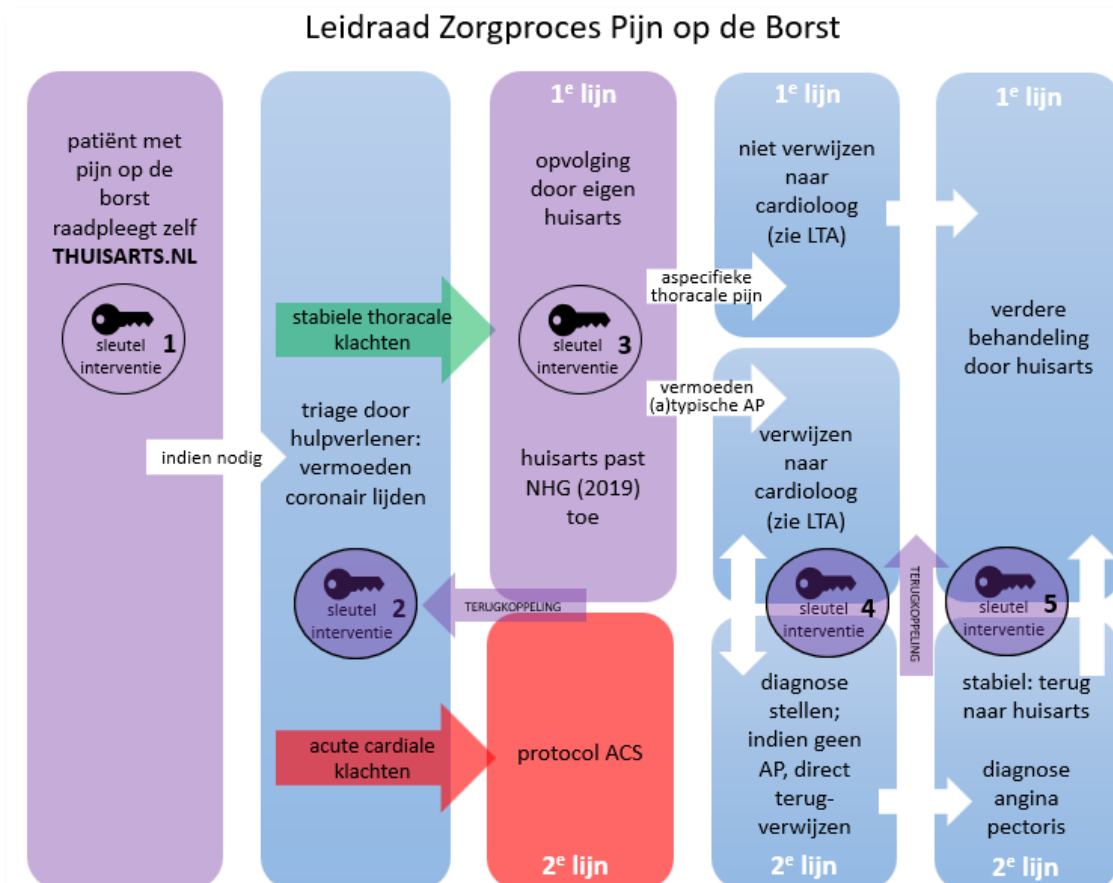
Veel patiënten met pijn op de borst worden (veelal door de huisarts) naar de cardioloog doorverwezen zonder dat daar een medische noodzaak voor is. Dit leidt tot onnodige zorg, stress bij patiënten en hoge kosten. De gedachte is dat met behulp van een leidraad dit zorgproces in Nederland kan verbeteren. Hierbij zijn de volgende doelstellingen van belang:

- Daling (25%) van het aantal niet medisch noodzakelijke verwijzingen naar de cardioloog
- (Relatieve) daling van de zorgkosten.
- Patiëntervaringen op minimaal hetzelfde niveau.
- Verbetering van de onderlinge afstemming tussen zorgverleners.

## Wat houdt de leidraad in?

In het zorgproces zijn vijf momenten (sleutelinterventies) benoemd die cruciaal zijn om het zorgproces te laten verlopen zoals het zou moeten verlopen:

1. De keuze van de patiënt of diens naaste om contact te zoeken met een zorgverlener.
2. Verwijzing na triage door een zorg-verlener.
3. Toepassen van de NHG-standaard Angina Pectoris door de huisarts.
4. Het (direct) terug-verwijzen door de cardioloog naar de huisarts als ziekenhuiszorg niet nodig blijkt te zijn (zoals beschreven in de LTA-AP).
5. Terugverwijzing van patiënten met een stabiel beeld conform beschrijving in de LTA-AP.



## Hoe kan de leidraad het beste geïmplementeerd worden?

Er is in drie regio's een proefimplementatie van de leidraad uitgevoerd waarin veel geleerd is over wat wel en wat niet werkt. De proefimplementatie was een 'klassieke implementatie' waarbij eerst een RTA werd opgesteld welke vervolgens werd gecommuniceerd naar betrokken zorgverleners in de regio. Daarna volgde scholingen en werd de communicatie meerdere malen herhaald. Het onderzoek dat gedaan is bij de proefimplementatie, wees uit dat bovenstaande doelen (nog) niet behaald zijn. Deze klassieke implementatie is een goede start, maar er is meer nodig om het ((terug)verwijs)gedrag van zorgverleners in de dagelijkse praktijk te beïnvloeden. De invoering van nieuwe methoden (zoals bijvoorbeeld het gebruik van een algoritme in het HIS, meekijkconsulten en teleconsultatie) lijken hier goede hulpmiddelen voor te zijn. Maar het zal zeker ook helpen als de 'implementatie governance' op orde is: duidelijke afspraken en doelstellingen op regionaal tactisch niveau (managementlaag) en regionaal strategisch niveau (bestuurslaag) tussen huisartsenorganisaties en ziekenhuizen.

## Wat zijn de belangrijkste tips per sleutelinterventie?

### 1. De keuze van de patiënt of diens naaste om contact te zoeken met een zorgverlener.

Promoot in de regio het gebruik van thuisarts.nl. Dit blijkt een zeer relevant hulpmiddel te zijn om patiënten met pijn op de borst niet 'onnodig' naar een (spoed)zorgverlener te stappen.

### 2. Verwijzing na triage door een zorgverlener.

Naast het aandacht geven aan triage in de scholing voor huisartsenpraktijken, lijkt het vooral van belang dat de triage in de spoedketen verbetert. En dan vooral de terugkoppeling vanuit het ziekenhuis naar de ambulance en de HAP en het actief 'terugsturen' van patiënten door cardiologen. Patiënten die op de SEH of EHH terecht komen, blijven vaak toch in het ziekenhuis en worden daarna ook nog op de polikliniek gezien.

### 3. Toepassen van de NHG-standaard Angina Pectoris door de huisarts.

Naast het communiceren van de NHG-standaard en het geven van scholingen is er meer nodig om gedragsverandering te bereiken in de spreekkamer van de huisarts. Een erg mooi instrument is het inbouwen van een beslisboom in het HIS (drie basisvragen uit de NHG-standaard komen naar voren op het moment dat de keuze wordt gemaakt om wel of niet te verwijzen. Ook kan het helpen om de cardioloog of kaderhuisarts 'even' in consult te roepen of een verwijzing nodig is (meekijkconsult, teleconsultatie, horizontaal verwijzen).

### 4. Het (direct) terugverwijzen door de cardioloog naar de huisarts als ziekenhuiszorg niet nodig blijkt te zijn (zoals beschreven in de LTA-AP).

Routines blijken lastig te doorbreken. Na verwijzing gaat de cardioloog over het algemeen 'gewoon aan de slag met de patiënt'. RTA's leven vaak alleen bij de cardiologen die deze mede opgesteld hebben. Communicatie naar collega's is 'slechts een agendapunt op een overvolle vakgroepvergadering'. Een methode kan zijn om reflectiemomenten te organiseren waarin vakgroepen door middel van interview elkaar bevragen (en corrigeren) of patiënten volgens de RTA behandeld zijn.

### 5. Terugverwijzing van patiënten met een stabiel beeld conform beschrijving in de LTA-AP.

Ook hiervoor geldt dat de RTA doorleefd moet worden bij een vakgroep. Anders blijft men hangen in bestaande routines.

## Hoe kan de patiënt goed geïnformeerd worden over het POB-traject?

Naast het bewezen nut van de POB-pagina op de website thuisarts.nl, heeft patiëntvereniging Harteraad op de website een heldere vertaling van de Leidraad Zorgproces POB gemaakt. Deze is volledig vanuit het perspectief van de patiënt opgesteld en het taalniveau is zodanig dat nagenoeg elke inwoner van Nederland het zorgproces begrijpt.