

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="https://www.overkwaliteitvanzorg.nl/2017/06/transmuraal-gezamenlijk-medisch-consult-voorkom-incidenten-terugverwijzing/">https://www.overkwaliteitvanzorg.nl/2017/06/transmuraal-gezamenlijk-medisch-consult-voorkom-incidenten-terugverwijzing/</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## Transmuraal Gezamenlijk Medisch Consult: Voorkom incidenten bij terugverwijzing

ANGELIEN BORGdorFF, MAAIKE LANGELAAN

Bij de terugverwijzing van de poliklinische patiënt door de specialist naar de huisarts doen zich transmuraal incidenten voor. In een poging om het aantal incidenten te reduceren kan de rol van de patiënt versterkt worden

(patientempowerment). Angeliën Borgdorff, programma manager en verpleegkundige, hoopt met dit NFU-Masterproject het vertrouwen in en kennis van patiënten in het terugverwijsproces te vergroten. Hiervoor zette ze het Transmuraal Gezamenlijk Medisch Consult (T-GMC) in [1]. De onderzochte interventie valt onder het TIPP!-programma van het Julius Centrum, UMC Utrecht, i.s.m. Utrechtse en Biltse huisartsen, UMC Utrecht en Diakonessenhuis Utrecht [2].

Om zorgkosten te verlagen bij gelijkblijvende of verbeterende kwaliteit en veiligheid voor de patiënt, wordt zorg verplaatst van de tweede naar de eerste lijn [3]. Transitie tussen ziekenhuis en huisartsenpraktijken brengen risico's met zich mee en onderzoeken naar deze laten aantallen incidenten zien van 20-50%, afhankelijk van de patiëntpopulatie en gehanteerde definitie [4-6].

Uit verschillende projecten blijkt dat 20-30% van de patiënten met myocardinfarct en angina pectoris volgens de Regionale Transmurale Afspraken (RTA) volledig terugverwezen zou kunnen worden naar de huisarts. Van de patiënten die bij de cardioloog moeten blijven, komt 95% in aanmerking voor gedeelde zorg [7]. Zij worden voor de (Cardio Vasculair Risico Management) CVRM zorg terugverwezen naar de huisarts en blijven voor de cardiale controles bij de cardioloog. De verwachting is dat het terugverwijzen zal toenemen door de implementatie van de RTA CVRM [8].

De ervaring leert dat patiënten vaak worden overrompeld door het ontslagbericht. De cardioloog neemt het besluit om de patiënt te ontslaan in hetzelfde gesprek als waarin de patiënt ook daadwerkelijk terugverwezen wordt. Er is in dat gesprek weinig tijd voor vragen.

### ONZEKER, ONVEILIG EN ANGSTIG

Patiënten hebben vaak weinig kennis en informatie over hun medicatie, hoofdbehandelaarschap en follow up [4]. Hierdoor voelen patiënten zich onzeker, onveilig en soms angstig [4, 9]. Patiënten zijn niet gewend een actieve rol te nemen in het ontslagproces. Dit wordt bevestigd in het Gedeelde CVRM -zorg project uit 2014 [7]. De positieve uitkomsten van dit project vormden voor Borgdorff de

aanleiding voor het uitvoeren van dit kwaliteitsverbeteringsproject in de NFU Master Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg.

“Patiënten zijn bij transmurale zorg de enigen die er altijd bij zijn. De patiënt versterken door het vergroten van kennis en vertrouwen is daarom heel belangrijk,” zegt ze. Voor het project vergeleek Borgdorff een interventiegroep (T-GMC) van tien patiënten met een controlegroep (usual care) van negen patiënten. Patiënten met een myocardinfarct of angina pectoris werden voor poliklinisch ontslag gevraagd deel te nemen aan een T-GMC. De uitkomstmaten waren onder andere de perceptie en ware kennis van patiënten en hun vertrouwen in het terugverwijzingsproces, zichzelf en hun zorgverleners.

### **TRANSMURAAL GEZAMENLIJK MEDISCH CONSULT**

Een GMC is een (poliklinisch) groepsconsult door een arts en een verpleegkundige met een groep patiënten en eventueel hun naasten. Een Transmuraal GMC houdt in dat er, naast de verpleegkundige uit eerste of tweede lijn, een medisch specialist en een huisarts aanwezig zijn (Box 1). Patiënten krijgen een één-op-één consult met de arts en/of verpleegkundige, terwijl de rest van de groep luistert en op elkaar reageert. Patiënten en hun naasten kunnen in de interactieve bijeenkomsten tips en ervaringen delen met lotgenoten. Hun medische behoeften worden individueel behandeld in een peergroep die steun biedt en waarin zij van elkaar leren [10]. Het consult vindt plaats ruim voordat de patiënt naar de huisarts wordt terugverwezen.

De gespreksleider (vaak de verpleegkundige) fungeert als mediator en faciliteert de deelnemers bij de onderlinge communicatie en interactie [11, 12]. De patiënten bepalen de agenda van het GMC en het vraagt dus een actieve inbreng van hen. Een groepsconsult is niet voor iedereen geschikt, maar op voorhand moet niemand uitgesloten worden.

### **USUAL CARE**

De patiënten in de controlegroep ontvingen usual care. Dat wil zeggen dat zij een individueel consult van tien minuten hadden bij de cardioloog, waarin de laatste uitslagen werden besproken en de terugverwijzing werd aangekondigd, die vervolgens direct werd geëffectueerd.

Patiënten kregen een medicatieoverzicht mee en de opdracht om contact op te nemen met de huisarts binnen een aangegeven termijn. De huisarts kreeg een ontslagbericht met bijzonderheden uit het behandeltraject.

### **BELEMMERINGEN**

Het meest opvallend in deze studie was de achterblijvende inclusie. Er werd gerekend op 40 terugverwezen patiënten per maand, bleken het er in de praktijk nog geen 70 in vijf maanden te zijn. Als belemmerende factoren op het terugverwijzen werd genoemd:

- 1 Controlepatiënten verlichten de druk op de cardiologiesprekuren. Een nieuwe patiënt is arbeidsintensiever;
- 2 Gesprek met patiënt over terugverwijzing kost tijd en moeite. Patiënten willen niet altijd terugverwezen worden;
- 3 Terugverwijzingsproces (brief naar huisarts, enzovoorts) kost tijd en moeite;
- 4 Het ontbreekt aan vertrouwen bij de medisch specialist dat de patiënt goed gemonitord wordt in de eerste lijn;

5 Er is steeds vaker sprake van comorbiditeit Cardiologen willen dat bij zich houden;  
6 T-GMC vraagt om nieuw gedrag en andere vaardigheden. Dit vraagt om gewenning.

7 Daarnaast koos ruim twee derde van de gevraagde patiënten niet voor deelname aan de studie, bijvoorbeeld omdat ze zich al goed geïnformeerd voelden of zich niet thuis voelen in een patiëntengroep.

#### **MEER KENNIS EN MINDER ONZEKERHEID**

Slechts 11 van de 19 patiënten wisten bij de voormeting van alle medicijnen waarom ze deze slikten. Borgdorff vond deze bevinding schokkend: “Medicatie is juist iets waar regelmatig incidenten bij ontstaan. Het is belangrijk om de patiënt zoveel mogelijk te informeren en te betrekken om deze fouten te kunnen voorkomen”. Bij de voormeting hadden 16 van de 19 patiënten geen follow up afspraak bij de huisarts. Uit het onderzoek blijkt dat er na het T-GMC een toename van kennis is, met name van het terugverwijsproces. Bovendien reduceert het T-GMC onzekerheid bij patiënten. Bij zorgverleners bevordert het de kennis van elkaars werkzaamheden, de samenwerking en het vertrouwen in elkaar.

#### **VERTROUWEN EN PERCEPTIE VAN KENNIS**

Patiënten in beide groepen hadden vaker de neiging hun kennis te overschatten dan te onderschatten (3:1). Het vertrouwen in eigen kunnen en in de huisarts was in beide groepen gemiddeld 95%. Kwantitatief veranderden het vertrouwen en de perceptie van kennis nauwelijks na de interventie.

#### **TOEKOMST**

Hoewel het aantal deelnemende patiënten laag was en bestaat de indruk dat het T-GMC zeer wordt gewaardeerd door patiënten. Zorgverleners willen ook graag een vervolg geven aan het T-GMC als reguliere zorg, mits financiering en logistiek geborgd zijn. Een minimum aantal deelnemers van 6 patiënten is nodig om de interactie te bevorderen. Dit komt ongeveer neer op 1 á 2 T-GMC-bijeenkomsten per maand per ziekenhuis.

Het lijkt niet haalbaar om zowel een medisch specialist als een huisarts het consult bij te laten wonen. Borgdorff adviseert daarom om de groepsgesprekken te laten leiden door bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist en een praktijkondersteuner huisarts.

Het introduceren van het T-GMC als reguliere zorg is een voorwaarde voor een succesvolle implementatie. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of deze interventie daadwerkelijk leidt tot een verbetering van de kwaliteit en veiligheid in het terugverwijsproces en versterking van de rol van de patiënt. Het uiteindelijke doel moet volgens Borgdorff zijn “dat een T-GMC niet meer nodig is en dat alle patiënten vanaf de start van de behandeling al voorbereid worden op de terugverwijzing naar de huisarts en hiervoor voldoende sterk zijn”.

#### **UITVOERING VAN EEN TRANSMURAAL GEZAMENLIJK MEDISCH CONSULT**

- Door cardioloog, huisarts, verpleegkundige 1e of 2e lijn met 6 patiënten en partners.
- 4x: oktober 2015 t/m januari 2016.

- Locatie: in het ziekenhuis (ruimte fysiotherapie).
- Geheimhoudingsverklaring patiënten.
- Uitleg T-GMC.
- Één-op-één consult (laatste uitslagen, hoe gaat het, vragen, onzekerheden, ervaring rondom terugverwijzen).
- Bijzonderheden in patiëntendossier.
- Bespreking in de groep.
- Informatie over vervolgtraject.

#### LITERATUUR

1. Borgdorff, A.M., Het Transmuraal Gezamenlijk Medisch Consult ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de terugverwijzing van de polikliniek cardiologie naar de huisarts, een mixed methods voor- en na interventiestudie, in Masterthesis NFU-Master Kwaliteit en Veiligheid in de patiëntenzorg. 2016: Utrecht.
2. Transmuraal Incident Preventie Programma – TIPP! 2017; Available from: <https://portal.juliuscentrum.nl/research/nl-l/cohortsandprojects/cohortsprojects/tippv2.aspx>.
3. Berwick, D.M., T.W. Nolan, and J. Whittington, The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*, 2008. 27(3): p. 759-69.
4. Hesselink, G., et al., Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf*, 2012. 21 Suppl 1: p. i39-49.
5. Kripalani, S., et al., Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*, 2007. 297(8): p. 831-41.
6. Forster, A.J., et al., The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*, 2003. 138(3): p. 161-7.
7. Rebel, M., A.M. Borgdorff, and M. Prinssen, Eindrapportage Gedeelde CVRM-zorg. 2014, HUS/Vilans: Utrecht.
8. Huisartsen Utrecht Stad, Regionale Transmurale Afspraak Utrecht Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM). 2015.
9. Hesselink, G. and H. Wollersheim, Verbetering van ziekenhuisontslag vereist beter inzicht in het gedrag van zorgverleners en passende interventies. *KiZ-Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in Zorg*, 2012. 22(5): p. 48.
10. Caballero, C.A., Shared medical appointments: An innovative approach to patient care. *Nurse Pract*, 2015. 40(9): p. 1-6.
11. Noffsinger, E., Physicals shared medical appointments: a revolutionary access solution. *Group Practice Journal*, 2002. 51(1): p. 16-26.
12. Seesing, F. and I. Raats, *Gezamenlijk Medisch Consult, een praktische handleiding*. 2009, Houten: BSL